

**PENERAPAN MODEL PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN
PADA RUANG RINRA SAYANG II DI RSUD HAJI MAKASSAR**



SKRIPSI

Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Meraih Gelar
Sarjana Keperawatan Jurusan Keperawatan pada
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
UIN Alauddin Makassar

Oleh :
FATIMAH
NIM: 70300113006

**FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI ALAUDDIN
MAKASSAR
2017**

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Mahasiswa yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Fatimah
NIM : 70300113006
Tempat/Tanggal lahir : Serui, 01 Februari 1995
Jurusan : Keperawatan
Fakultas : Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Alamat : Jln. Paggentungan utara, Gowa
Judul : Penerapan Model Pendokumentasian
Asuhan Keperawatan pada Ruang Rinra
Sayang II di RSUD Haji Makassar

Menyatakan dengan sesungguhnya dan penuh kesadaran bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri. Jika dikemudian hari terbukti bahwa ia merupakan duplikat, tiruan, plagiat, atau dibuat orang lain, sebagian atau seluruhnya, maka skripsi dan gelar yang diperoleh karenanya, batal demi hukum.

Gowa, Agustus 2017
Penyusun,

Fatimah
NIM: 70300113006

PENGESAHAN SKRIPSI

Skripsi yang berjudul, "Penerapan Model Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Pada Ruang Rinra Sayang II di RSUD Haji Makassar" yang disusun oleh **Fatimah**, NIM: 70300113006, Mahasiswa Jurusan Keperawatan pada Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UTN Alauddin Makassar, telah diuji dan dipertahankan dalam sidang *Munaqasyah* yang diselenggarakan pada hari Kamis, tanggal 10 Agustus 2017, dinyatakan telah dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana dalam Ilmu Kesehatan, Jurusan Keperawatan.

Makassar, 10 Agustus 2017

17 Dzul-Qa'idah 1438 H

DEWAN PENGUJI

Ketua	: Dr. dr. H. Andi Armyn Nurdin, M.Sc	(.....)
Sekretaris	: Dr. Muh. Anwar Hafid, S.Kep., Ns., M.Kes	(.....)
Munaqisy I	: Risnah, SKM., S.Kep., Ns., M.Kes	(.....)
Munaqisy II	: Dr. Muh Dahlan, M.Ag	(.....)
Pembimbing I	: Dr. Nur Hidayah, S.Kep., Ns., M.Kes	(.....)
Pembimbing II	: Hasnah, S.SiT., S.Kep., Ns., M.Kes	(.....)



Dr. dr. H. Andi Armyn Nurdin, M.Sc
NIP: 19550203 198312 1 001

KATA PENGANTAR



Assalamu Alaikum Wr. Wb

Puji dan Syukur hanya pantas bermuara pada-Nya, pada Allah ta'ala, yang Maha Agung yang telah menganugerahkan securah rahmat dan berkah-Nya kepada makhluk-Nya. Dan telah memberikan kekuatan dan keteguhan hati sehingga dapat menyelesaikan draft skripsi ini yang berjudul "*Penerapan Model Pendokumentasian Asuhan Keperawatan pada Ruang Rinra sayang II RSUD Haji Makassar*". Sejuta shalawat dan salam dengan tulus kami haturkan kepada junjungan nabi Muhammad SAW, Rasul yang menjadi panutan sampai akhir masa.

Dalam penyusunan skripsi ini, penyusun telah banyak dibantu oleh berbagai pihak. Segala kerendahan hati penyusun menghaturkan terima kasih, dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada kedua orangtuaku yang tercinta terkasih, tersayang serta sebagai sumber inspirasi terbesar dan semangat hidupku menggapai cita Ayahanda Arifuddin & Ibunda Nurwana atas kasih sayang, bimbingan, dukungan, motivasi serta doa restu, terus mengiringi perjalanan hidup penulis hingga sekarang sampai di titik ini. Untuk segenap keluarga besar yang telah memberikan kasih sayang, arahan, serta nasehatnya dalam menghadapi tantangan dan rintangan selama melakukan penyelesaian studi.

Terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Dr. Nur Hidayah S.Kep., Ns., M.Kes Pembimbing I dan Ibu Hasnah S.SIT, S.Kep, Ns, M.Kes Pembimbing II yang dengan sabar, tulus, dan ikhlas meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran memberikan bimbingan, motivasi, arahan, dan saran yang sangat berharga kepada penulis selama menyusun skripsi. Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya tak lupa pula saya sampaikan kepada Ibu Risnah S.KM,

S.Kep, Ns, M.Kes., Penguji I dan Bapak Dr. Muh Dahlan M.Ag Penguji II yang telah memberi masukan berupa saran yang sangat membangun kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi.

Demikian pula ucapan terima kasih yang tulus, rasa hormat dan penghargaan yang tak terhingga, kepada :

1. Rektor UIN Alauddin Makassar Prof. Dr. H. Musafir Pababbari M.Si beserta seluruh jajarannya.
2. Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar Dr. dr. H. Andi Armyn Nurdin, M.Sc, para wakil dekan, dan seluruh staf akademik yang memberikan bantuan yang berarti kepada penyusun selama mengikuti pendidikan di Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar.
3. Bapak Dr. Muh. Anwar Hafid, S.Kep., Ns., M.Kes selaku Ketua Prodi Ilmu Keperawatan dan Ibu Patima, S.Kep., Ns., M.Kep sebagai Sekretaris Prodi Keperawatan dan dosen-dosen pengajar yang telah memberikan ilmu yang bermanfaat serta seluruh staf Prodi Keperawatan yang telah banyak membantu dalam proses administrasi dalam rangka penyusunan skripsi ini.
4. Kepada Kakaku (Anwar) dan Adik adikku (Halimah dan Usman) dan kedua sahabatku (Riskha dan Ani) yang selalu memberikan motivasi dan bimbingan kepada saya
5. Kepada Partner Skripsi (Ulul Azmi Asyiah dan Haslinda) yang selalu bekerjasama dan menemani dalam penelitian dan pembuatan skripsi
6. Kepada Nunu, Nurhalijah, Ririn, Sri Ahriani, Yulia Trisnawati, Thahirah
7. Teman-temanku keperawatan angkatan 2013 UIN Alauddin Makassar yang selalu memberikan semangat untuk menyelesaikan skripsi.

Kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan penulis ucapkan banyak terima kasih. Penulis sadar bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, besar harapan penulis kepada pembaca atas kontribusinya baik berupa saran yang sifatnya membangun demi kesempurnaan skripsi ini.

Akhirnya kepada Allah ta'ala jugalah penulis memohon do'a dan berharap semoga ilmu yang telah diperoleh dan dititipkan dapat bermanfaat bagi orang serta menjadi salah satu bentuk pengabdian dimasyarakat nantinya.

Wassalamu'Alaikum Wr. Wb.

Makassar, Agustus 2017

Penyusun

Fatimah



DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI.....	ii
DAFTAR TABEL.....	ii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	8
C. Fokus Data.....	8
D. Kajian Pustaka	8
E. Tujuan Penelitian.....	11
F. Manfaat Penelitian.....	12
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Teori.....	13
1. Dokumentasi Asuhan Keperawatan.....	13
2. Model Pendokumentasian Asuhan Keperawatan.....	16
3. Hambatan Dokumentasi Asuhan Keperawatan	28
4. Proses Asuhan Keperawatan	29
5. Tahapan Proses Asuhan Keperawatan.....	34
B. Kerangka Teori	44
C. Kerangka Konsep.....	45
D. Kerangka Kerja Penelitian	45

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian.....	46
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	46
C. Populasi dan Sampel.....	46
D. Instrumen Penelitian	48
E. Analisis Data	48
F. Etika Penelitian.....	49

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	53
B. Gambaran Umum Ruangan Rinra Sayang II.....	55
C. Karakteristik Informan.....	56
D. Hasil Penelitian.....	57
E. Empat Tema Tentang Pendokumentasian Asuhan keperawatan oleh Kepala Ruangan.....	66
F. Pembahasan	69
G. Keterbatasan Penelitian.....	85
H. Implikasi Keperawatan.....	85

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan.....	87
B. Saran.....	88

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	: Kerangka Teori
Tabel 2.2	: Fokus Data
Table 2.3	: Alur Penelitian
Tabel 4.1	: Karakteristik Informan



ABSTRAK

Nama : Fatimah

Nim : 70300113006

Judul : Penerapan Model Pendokumentasian Asuhan Keperawatan pada Ruang Rinra Sayang II di RSUD Haji Makassar

Pelayanan yang berfokus kepada pasien membutuhkan dokumentasi keperawatan yang mewajibkan setiap profesi melakukan pencatatan pada dokumen yang sama. Metode ini diharapkan dapat meningkatkan komunikasi yang efektif antar profesi, pencatatan dapat dilakukan lebih optimal karena semua profesi menulis pada dokumen yang sama meminimalkan mis komunikasi, menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan dan pada akhirnya itu semua bertujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui penerapan Model Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di RSUD Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan.

Metode penelitian ini menggunakan jenis penelitian kuantitatif observasi dengan melihat model pendokumentasian yang bersifat kualitatif dengan menggunakan pendekatan fenomenologi. Informan dalam penelitian ini sebanyak 5 orang dengan menggunakan teknik *non Purposive Sampling*. Teknik pengumpulan data dengan cara wawancara.

Kesimpulan dalam penelitian ini adalah penerapan model pendokumentasian asuhan keperawatan *SOR (Source-Oriented-Record)* atau terintegrasi di RSUD Haji Makassar Provinsi Sulawesi belum terlaksana dengan baik karena perawat lebih berfokus pada pengisian dokumentasi asuhan keperawatan dibandingkan pada pasien dan sedikit menambah beban kerja perawat.

Kata Kunci: *Model Pendokumentasian asuhan keperawatan, SOR(Source-Oriented-Record)*

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Di era globalisasi dimana tuntutan masyarakat akan kualitas pelayanan kesehatan/perawatan semakin meningkat, sehingga memberi dampak positif bagi setiap profesi kesehatan untuk selalu berupaya meningkatkan kinerja profesionalnya sesuai kebutuhan masyarakat (Pohan, 2007)

Peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit harus melibatkan semua unsur, termasuk didalamnya adalah unsur manajer melalui fungsi manajemen yang terdiri dari lima fungsi manajemen, yaitu *planning, organizing, leading, coordinating, and controlling*,

Semua kegiatan yang dilakukan oleh perawat baik sebagai pelaksana ataupun sebagai manajer harus dicatat dan dilaporkan sebagai laporan kinerja yang bisa dijadikan bahan evaluasi untuk pengambilan keputusan. Salah satu yang selalu dicatat dan dilaporkan adalah pencatatan tingkat pencapaian dokumentasi asuhan keperawatan.

Pendokumentasian proses keperawatan merupakan suatu kegiatan yang sangat penting, karena dapat menjadi bukti bahwa segala tindakan perawatan telah dilaksanakan secara profesional dan legal sehingga dapat melindungi klien selaku penerima jasa pelayanan dan perawat selaku pemberi jasa pelayanan keperawatan

Dokumentasi proses asuhan keperawatan yang baik dan berkualitas haruslah akurat, lengkap dan sesuai standar. Apabila kegiatan keperawatan

tidak didokumentasikan dengan akurat dan lengkap maka sulit untuk membuktikan bahwa tindakan keperawatan telah dilakukan dengan benar (Pancaningrum D, 2015).

Ciri dokumentasi asuhan keperawatan yang baik adalah berdasarkan fakta (*factual basic*), akurat (*accurat*), lengkap (*complements*), ringkas (*conciseness*), terorganisi (*organizatioan*), waktu yang tepat (*time liness*), dan bersifat mudah dibaca (*legibility*). Banyaknya waktu yang dihabiskan oleh perawat untuk melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan dan belum adanya standar penulisan yang baku membuat *The American Nursing Associatiaon (ANA)* pada tahun 2002 membuat pedoman yang berisi prinsip-prinsip untuk mempersingkat proses dokumentasi asuhan keperawatan yang direkomendasikan untuk membantu perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di tempat dia bekerja.

Kebijakan tersebut tertuang dalam *ANA Code Of Ethics for Nurses With Interpretive Statements* dan *Standards of Clinical Nursing Practice (The ANA, 2010)*. Pada tahun 2008 prinsip-prinsip pendokumentasian direvisi dalam tiga bentuk pernyataan standar dokumentasi yaitu: *communication* 2, *accountability* dan *safety*.

Yang dimaksud *communication* adalah perawat harus memastikan bahwa pendokumentasian yang sudah akurat serta lengkap, dan komprehensif menggambarkan kebutuhan pasien, rencana tindakan keperawatan dan tujuan yang diharapkan. *Accountability* maksudnya perawat bertanggung jawab untuk memastikan bahwa pendokumentasian harus akurat, tepat dan lengkap.

Sedangkan *safety* adalah perawat harus menjaga dan menyimpan rahasia tentang keadaan klien dan menghancurkan dokumentasi sesuai peraturan dan perundangan (*College of Nurse of Ontario*, 2009).

Hambatan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan telah diteliti oleh Komite Pekerja Perawat di Maryland terhadap 933 orang perawat tahun 2005 dengan metode kuantitatif dan kualitatif. Hasil perhitungan secara kuantitatif didapatkan data bahwa 81% pendokumentasian asuhan keperawatan menyita waktu sehingga dampak langsung terhadap pelayanan, 36% menyesuaikan pendokumentasian setelah jam kerja selesai, 63% kelebihan jam kerja harus dibayar oleh rumah sakit, 55% perawat melakukan pendokumentasian secara berlebihan, 64% pendokumentasian dilakukan secara manual, 36% melakukan secara elektronik (komputer).

Secara kualitatif dengan kelompok diskusi terfokus didapatkan bahwa responden mempersepsikan penggunaan computer yang tidak terintegrasi menyebabkan duplikasi pendokumentasian dan membuang-buang waktu, responden merasa frustrasi karena banyak waktu tersita untuk pendokumentasian, penggunaan computer masih belum terbiasa (Gugerty & Maranda, et al, 2007).

Selain faktor sistem pendokumentasian asuhan yang manual, hambatan dalam pendokumentasian lainnya adalah belum diterapkannya keseragaman dalam membuat diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pencapaian hasil yang diterapkan. Oleh karena itu Amerika sudah mengembangkan standar pendokumentasian agar mudah diterapkan diseluruh Negara Amerika.

Selama lebih kurang 25 tahun *The North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)* dan *Nursing Interventions Classifications (NIC)* and *Nursing Outcome Classification (NOC)* dikembangkan menurut Carrol dan Johson (2004) sejak April 2002 sekitar 150.000 volume dan 15 juta *manuscripts* koleksi paper, jurnal tentang *NANDA* dan taksonomi *NIC-NOC* disebar ke seluruh dunia dan diterapkan oleh perawat sebagai bagian dari standar asuhan keperawatan karena lebih sederhana dan mudah untuk dilaksanakan.

Sejak tahun 2003 aplikasi *NANDA* dan *NIC-NOC* telah meningkatkan kemampuan perawat dalam melakukan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi asuhan keperawatan sehingga aplikasi ini sekarang diterapkan diseluruh Eropa.

Pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di Indonesia masih mengalami berbagai kendala yaitu: standar asuhan keperawatan yang diterapkan oleh Depkes masih belum mengacu kepada *taksonomi NANDA* dan *NIC-NOC* , tingkat pemahaman tentang pendokumentasian yang belum seragam, sebagian besar pelaksanaan dokumentasi masih dengan cara manual.

Kondisi tenaga keperawatan di Indonesia menurut hasil penelitian Hannessy, Hicks, Hilan dan kawonal (2006) yang melakukan penelitian, menyimpulkan bahwa kinerja perawat di Indonesia masih kurang optimal disebabkan jumlah tenaga perawat masih kurang, sebagian besar perawat (60%) masih berpendidikan SPK, 39% Diploma dan 1% sarjan keperawatan, banyaknya sarjana keperawatan yang memilih bekerja di sektor pendidikan

dan belum tertatanya sistem registrasi serta belum jelasnya peran fungsi perawat.

Penelitian Wahyuana(2011) di RS Krakatau Medika Cilegon diketahui bahwa kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan hanya mencapai 40%. di Rumah Sakit Muhammadiyah Gresik, terdapat dokumen asuhan keperawatan pada bagian diagnose dan intervensi semua masih kosong yang seharusnya diisi semua ($\geq 85\%$ dari yang seharusnya diisi) dan terdapat pula pengaruh dalam penerapan model dokumentasi asuhan keperawatan *Problem Oriental Record* (POR) terhadap kinerja perawat, dimana sebelum dilakukan penerapan model asuhan keperawat POR dari 134 data responden diperoleh 112 hasil pengkajian keperawatan lengkap dengan kriteria kinerja tidak baik (83.58%), sedangkan pengkajian keperawatan yang tidak lengkap sebanyak 22 data (16.42%). (Gustomi, 2015)

Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar merupakan salah satu rumah sakit milik pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan berlokasi di Jalan Daeng Ngeppe Nomor 14 Kelurahan Jongaya Kecamatan Tamalate. Visi Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar “Menjadi rumah sakit pendidikan islami, terpercaya, terbaik dan pilihan utama di Sulawesi Selatan”. Adapun beberapa Misinya yaitu “Menyelenggarakan pelayanan kesehatan paripurna dan rujukan yang berkualitas yang terjangkau oleh masyarakat.

Saat ini Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar dalam proses untuk menjadi rumah sakit pendidikan islam, dan dalam proses menuju KARS

2012. Dimana pada rumah sakit yang telah menuju dan menetapkan KARS 2012 berarti telah menggunakan pendokumentasian asuhan terintegrasi.

RSUD Haji Makassar adalah rumah sakit kelas B serta rumah sakit ini mampu memberikan pelayanan spesialis dan subspesialis. Rumah sakit ini juga menampung pelayanan rujukan dari rumah sakit kabupaten.

Kondisi saat ini RSUD Haji Makassar sudah menerapkan dokumentasi pencatatan terintegrasi yang artinya seluruh dokumentasi baik di ruangan ICU,IGD, interna (Rinra Sayang II) dsb semua format pendokumentasiannya sama dan semua dokumentasi baik perawat, dokter, bidan, farmasi, gizi sudah mengisinya sesuai bidangnya masing-masing, namun berdasarkan data awal yang diambil di ruangan perawatan interna (Rinra Sayang II) dari hasil wawancara 3 perawat, 2 perawat mengatakan bahwa” *pengaplikasian model pendokumentasian asuhan keperawatan pada rumah sakit khususnya pada pendokumentasian yang terintegrasi, mulai dari assessment sampai discharge planning banyak lembar dokumentasi yang harus diisi sehingga terkadang menyita waktu* “ dan 1 perawat menambahkan “ *karena dokumentasi asuhan keperawatan yang harus diisi banyak maka terkadang lebih berfokus kepada pengisian dokumenatsi dibandingkan pada pasien*”

Pelayanan yang berfokus pasien membutuhkan dokumentasi terintegrasi yang mewajibkan setiap profesi melakukan pencatatan pada dokumen yang sama. Metode ini diharapkan dapat meningkatkan komunikasi yang efektif antar profesi, pencatatan dapat dilakukan lebih optimal karena semua profesi menulis pada dokumen yang sama meminimalkan mis

komunikasi, menurunkan angka kejadian tidak diharapkan dan pada akhirnya itu semua bertujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien dan berdampak pada peningkatan mutu pelayanan (Frelita, Situmorang & Silitonga, 2011)

Tuntutan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan keperawatan yang profesional merupakan agenda terpenting pelayanan kesehatan. Untuk mewujudkan pelayanan yang optimal, dibutuhkan tenaga perawat yang profesional. Profesionalisme perawat dalam bekerja dapat dilihat dari asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien yang dirawatnya. Perawat perlu mendokumentasikan segala bentuk asuhan keperawatan yang diberikan melalui pencatatan atau pendokumentasian. Hal ini dilakukan sebagai bentuk tanggung jawab dan tanggung gugat perawat terhadap klien yang dirawatnya. Pendokumentasian asuhan keperawatan banyak dilakukan secara manual, membutuhkan banyak waktu, ketelitian dan ketelatenan

Rendahnya kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan yang ada di Rumah Sakit akan berdampak kepada pelayanan rumah sakit yang ada, dimana salah satunya dapat kita lihat dari penerapan model pendokumentasian asuhan keperawatan yang di gunakan serta dapat menghambat kinerja perawat secara optimal.

Berdasarkan permasalahan tersebut serta data yang didapat maka penulis ingin meneliti lebih lanjut bagaimana penerapan model pendokumentasian asuhan keperawatan pada ruangan Rinra Sayang II di RS Haji Makasaar.

B. Fokus Data

Peneliti kualitatif tidak akan menetapkan penelitiannya hanya berdasarkan variabel peneliti, tetapi keseluruhan situasi sosial yang diteliti yang meliputi aspek tempat (*place*), pelaku (*actor*), dan aktivitas (*activity*) yang berinteraksi secara sinergis. Batasan masalah dalam penelitian kualitatif disebut dengan focus, yang berisi pokok masalah yang masih bersifat umum (Sugiyono, 2011)

Fokus data dalam penelitian ini adalah Model Pendokumentasian Asuhan Keperawatan yang lebih mengarah bagaimana model pendokumentasian asuhan keperawatan serta masalah penerapannya dalam memberikan asuhan keperawatan dalam lingkungan rumah sakit sehari-hari.

C. Rumusan Masalah

Sesuai dengan pemaparan latar belakang diatas serta fenomena yang ada dimana Pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di Indonesia masih mengalami berbagai kendala serta tingkat pemahaman tentang pendokumentasian yang belum seragam, maka peneliti merumuskan satu masalah dan tertarik untuk meneliti **bagaimana penerapan model pendokumentasian asuhan keperawatan yang ada pada ruangan Rinra Sayang II di RS Haji Makassar ?**

D. Kajian Pustaka

1. Hapsah, 2013, Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi capaian pendokumentasian Asuhan Keperawatan di RS Umum Sawerigading Kota Palopo. Penelitian ini bertujuan ingin mengetahui dan menganalisis faktor-

faktor yang mempengaruhi capaian pendokumentasian asuhan keperawatan di rumah sakit umum sawerigading kota palopo 2013. Jenis Penelitian yang digunakan adalah penelitian observasional pendekatan kajian potong lintang (crosssectional study). Pengambilan sampel menggunakan proporsional stratified random sampling. Total sampel sebanyak 156 perawat yang dikumpulkan dari tiap-tiap kelompok perawat melalui lima ruang perawatan sehingga terkumpul 60 orang sebagai sampel penelitian. Untuk pengukuran umur, pengetahuan, ketersediaan fasilitas, kualitas kepemimpinan, masa kerja, shift jaga, jenis kelamin, pendidikan menggunakan quesioner skala gutman sedangkan untuk mengukur capaian pendokumentasian menggunakan standar Depkes tahun 2005. Hasil analisis menunjukkan bahwa umur dewasa awal 13,37%, pengetahuan 91,7%, ketersediaan fasilitas 81,7%, kualitas kepemimpinan dianggap kurang baik 65,0%, masa kerja dibawah 5 tahun 60%, shift jaga pagi 40,0% jenis kelamin perempuan 93,3%, pendidikan S1 21% , masa kerja baru 60,0% sedangkan capaian pendokumentasian adalah 51,7%. Hasil uji mann whitney ditemukan adanya perbedaan berdasarkan ruang kerja terhadap tingkat pencapaian pendokumentasian asuhan keperawatan dan hasil uji Kruskal Wallis ditemukan adanya perbedaan berdasarkan pendidikan terhadap pencapaian pendokumentasian asuhan keperawatan di Rumah Sakit Umum Sawerigading kota Palopo. Persamaa penelitian ini yaitu sama-sama meneliti aspek pendokumentasian asuhan keperawatan

sedangkan perbedaan pada penelitian ini yaitu mengetahui model pendokumentasian.

2. Eka Desi Purwanti, 2012, kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan dan karakteristiknya pada pasien rawat inap dewasa non kebidanan di RS Haji Jakarta. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan terdahulu oleh Susihar (2004) dan Wahyuana (2011) serta berdasar studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di RS haji jakarta, diketahui bahwa pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan belum dijalankan dengan baik dengan melihat kelengkapan yang kurang dari 80%. Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui gambaran kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien rawat inap dewasa non kebidanan RS Haji Jakarta tahun 2012. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif yang bersifat deskriptif yang dilaksanakan pada kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien rawat inap non kebidanan RS Haji Jakarta tahun 2012 dan didukung dengan pendekatan kualitatif untuk menjelaskan karakteristik kelengkapan dokumentasi Askep melalui pendekatan sistem. Pengumpulan data dengan dua cara yaitu : 1) metode pengamatan observasi 2) metode wawancara. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh dokumen asuhan keperawatan pada status pasien rawat inap pada bulan Mei 2012 yang telah disimpan di unit rekam medis, sampel adalah dokumen asuhan keperawatan rawat inap dewasa non kebidanan pada bulan Mei yang terpilih. Untuk mendapatkan besar sampel penelitian menggunakan rumus estimasi proporsi (Iwan Ariawan, 1998). Instrumen penelitian adalah

pedoman wawancara mendalam, pedoman observasi (lembar *checklist*), dan *recorde*. Persamaan pada penelitian ini yaitu sama-sama meneliti aspek pendokumentasian asuhan keperawatan sedangkan perbedaanya pada penelitian ini yaitu untuk mengetahui model pendokumentasian asuhan keperawatan.

E. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum :

Diketuainya Model Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di RS Haji Makassar

2. Tujuan Khusus :

- a. Diketuainya pengetahuan perawat mengenai asuhan keperawatan pada Ruangan Interna (Ruang Rinra Sayang II)
- b. Diketuainya model pendokumentasian asuhan keperawatan pada Ruangan Interna (Ruang Rinra Sayang II)
- c. Diketuainya hambatan atau kesulitan dalam mengisi pendokumentasian asuhan keperawatan pada Ruangan Interna (Ruang Rinra Sayang II)
- d. Diketuainya sesuai atau tidaknya penerapan model pendokumentasian auhan keperawatan pada Ruangan Interna (Ruang Rinra Sayang II)
- e. Diketuainya manfaat penerapan model pendokumentasian asuhan keperawatan.
- f.

F. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Pendokumentasian yang baik secara aspek tanggung gugat berdasarkan permenkes No.269/Menkes/Per III/2008, dinyatakan bahwa rekam medik adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Jelas sekali dinyatakan bahwa rekam medik berisikan berkas catatan baik catatan medic (dokter) maupun catatan perawat dan atau catatan petugas kesehatan lain yang berkolaborasi melakukan upaya pelayanan kesehatan dimaksud. Berdasarkan hal diatas serta melihat pada tanggung jawab atas tugas profesi dengan segala resiko tanggung gugatnya dihadapan hukum, maka dokumentasi asuhan keperawatan memang benar diakui eksistensinya dan keabsahannya serta mempunyai kedudukan yang setara dengan dokumen medik yang lain.

2. Manfaat Aplikatif

Untuk melaksanakan tugas dan tindakan dengan aman perawat profesional harus memahami batasan legal dan implikasinya dalam praktek sehari-hari. Hal ini dikaitkan dengan penilaian yang baik serta sesuai dengan kebutuhan klien dapat terpenuhi. Asuhan keperawatan yang aman diartikan sebagai praktik keperawatan yang bermutu dan taat pada aturan, hukum, serta perundang-undangan yang berlaku.

BAB II

TINAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Dokumentasi Keperawatan

a. Definisi

Dokumentasi proses asuhan keperawatan merupakan tampilan perilaku atau kinerja perawat pelaksanaan dalam memberikan proses asuhan keperawatan kepada pasien selama pasien dirawat di rumah sakit. Kualitas pendokumentasian keperawatan dapat dilihat dari kelengkapan dan keakuratan menuliskan proses asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien, yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan evaluasi (Nursalam,2007).

Perawat memiliki tanggung jawab profesional terhadap segala tindakannya. Hal ini sesuai Firman Allah dalam QS Al Muddassir 74:38

كُلُّ نَفْسٍ بِمَا كَسَبَتْ رَهِيْنَةٌ

Terjemahnya:

Tiap-tiap diri bertanggung jawab atas apa yang telah diperbuat

Ayat diatas menjelaskan bahwa setiap manusia akan di minta pertanggung jawabannya atas perbuatan yang di kerjakannya, baik itu kecil maupun besar.

Setiap perawat telah bersumpah untuk merawat pasien, salah satu sumpah perawat dalam RUU terbaru pasal 1-18 bahwa bersumpah/berjanji dengan

sungguh-sungguh untuk melaksanakan tugas sebagai seorang perawat, langsung atau tidak langsung, dengan menggunakan nama atau cara apapun juga, tidak memberikan atau menjanjikan sesuatu apapun kepada siapapun juga. dan spiritualnya. Dalam Al-Qur'an pun telah dijelaskan dalam surah An-Nahl : 94-95

وَلَا تَتَّخِذُوا أَيْمَانَكُمْ دَخَلًا بَيْنَكُم فَتَرَلَّ قَدَمُ بَعْدَ ثُبُوتِهَا
وَتَذُوقُوا أَلْسُوءَ بِمَا صَدَدْتُمْ عَنْ سَبِيلِ اللَّهِ وَلَكُمْ عَذَابٌ
عَظِيمٌ ﴿٩٤﴾ وَلَا تَشْتَرُوا بِعَهْدِ اللَّهِ ثَمَنًا قَلِيلًا ﴿٩٥﴾ إِنَّمَا عِنْدَ اللَّهِ
هُوَ خَيْرٌ لَّكُمْ إِن كُنْتُمْ تَعْلَمُونَ ﴿٩٦﴾

Terjemahnya:

94. Dan janganlah kamu jadikan sumpah-sumpahmu sebagai alat penipu diantaramu, yang menyebabkan tergelincir kakimu(mu) sesudah tegaknya (kokoh), dan kamu akan merasakan keburukan (di dunia) karena kamu menghalangi (manusia) dari jalan Allah, dan bagimu azab yang besar .
95. Dan janganlah kamu jual perjanjian (dengan) Allah dengan harga murah, karena sesungguhnya apa yang ada di sisi Allah lebih baik bagimu jika kamu mengetahui

Ayat ini menjelaskan tentang pentingnya sumpah dan janji Allah SWT. Orang-orang yang telah menghalangi manusia dari jalan kebenaran akan mendapat kesulitan dan masalah pertama mereka didunia. Mereka juga akan mendapat siksa yang pedih di hari kiamat.

Oleh sebab itu jangan menjual nama Allah sebagai sumpah memperoleh kepentingan dunia dan materi dunia. Oleh karena itu sebagai perawat harus menjalankan tugasnya sesuai sumpah yang telah

diucapkan, salah satunya adalah melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan.

Dokumentasi proses asuhan keperawatan berguna untuk memperkuat pola pencatatan dan sebagai petunjuk atau pedoman praktik pendokumentasian dalam memberikan tindakan keperawatan. Bila terjadi suatu masalah yang berhubungan dengan profesi keperawatan, dimana perawat sebagai pemberi jasa dan klien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi proses asuhan keperawatan diperlukan, dimana dokumentasi tersebut dapat dipergunakan sebagai barang bukti di pengadilan (Hidayat, 2004).

Selain itu, dokumentasi keperawatan dapat meningkatkan kualitas keperawatan serta membantu perawat dalam memberikan perawatan secara optimal dan berkelanjutan dengan cara memandu perawat untuk dapat menulis dokumentasi dengan benar (Gregory et al, 2008).

2. Model Dokumentasi Keperawatan

Hutahaeen (2010) menyatakan model dokumentasi asuhan keperawatan merupakan model dokumentasi dimana data-data klien dimasukkan dalam suatu format, catatan dan prosedur dengan tepat yang dapat memberikan gambaran perawatan secara lengkap dan akurat. Model dokumentasi keperawatan tersebut terdiri dari komponen yaitu sebagai berikut (Hutahaeen, 2010) :

a. Model dokumentasi SOR (*Source-Oriented-Record*)

Suatu model pendokumentasian sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi pada sumber informasi. Model ini menempatkan catatan atas dasar disiplin orang atau sumber yang mengelola pencatatan. Dokumentasi dibuat dengan cara setiap anggota tim kesehatan membuat catatan sendiri dari hasil observasi. Kemudian, semua hasil dokumentasi dikumpulkan jadi satu. Sehingga masing-masing anggota tim kesehatan melaksanakan kegiatan sendiri tanpa tergantung anggota tim kesehatan yang lain. Misalnya, kumpulan dokumentasi yang bersumber dari dokter, bidan, perawat, fisioterapi, ahli gizi, dan lain-lain. Dokter menggunakan lembar untuk mencatat instruksi, lembar riwayat penyakit dan perkembangan penyakit. perawat menggunakan catatan keperawatan, begitu pula disiplin lain mempunyai catatan masing-masing.

Catatan berorientasi pada sumber terdiri dari lima komponen yaitu

- 1) Lembar penerimaan berisi biodata
- 2) Lembar order dokter
- 3) Lembar riwayat medik atau penyakit.
- 4) Catatan perawat
- 5) Catatan dan laporan khusus

Keuntungan model dokumentasi SOR :

- 1) Menyajikan data yang secara berurutan dan mudah diidentifikasi

- 2) Memudahkan perawat untuk cesara bebas bagaimana informasi akan dicatat.
- 3) Format Dapat menyederhanakan proses pencatatan masalah, kejadian, perubahan intervensi dan respon klien atau hasil.

Kerugian model dokumentasi SOR :

- 1) Potensial terjadinya pengumpulan data yang terfragmentasi, karena tidak berdasarkan urutan waktu.
- 2) Kadang-kadang mengalami kesulitan untuk mencari data sebelumnya, tanpa harus mengulang pada awal.
- 3) Superficial pencatatan tanpa data yang jelas. Memerlukan pengkajian data dari beberapa sumber untuk menentukan masalah dan tindakan kepada klien.
- 4) Memerlukan pengkajian data dari beberapa sumber untuk menentukan masalah dan tindakan kepada klien.
- 5) Waktu pemberian asuhan memerlukan waktu yang banyak.
- 6) Data yang berurutan mungkin menyulitkan dalam interpretasi/analisa.
- 7) Perkembangan klien sulit di monitor.

b. Model dokumentasi POR (*Problem-Oriented-Record*)

Model ini memusatkan data tentang klien dan didokumentasikan dan disusun menurut masalah klien. Sistem dokumentasi jenis ini mengintegrasikan semua data mengenai masalah yang

dikumpulkan oleh dokter, perawat atau tenaga kesehatan lain yang terlibat dalam pemberian layanan kepada klien.

Model dokumentasi ini terdiri dari empat komponen yaitu :

1) Data Dasar

- a) Data dasar berisi kumpulan dari data atau semua informasi baik subyektif maupun obyektif yang telah dikaji dari klien ketika pertama kali masuk Rumah Sakit atau pertama kali diperiksa. Data dasar mencakup :

- (1) Pengkajian keperawatan
- (2) Riwayat penyakit/ kesehatan
- (3) Pemeriksaan fisik
- (4) Pengkajian ahli gizi

- b) Data penunjang (hasil laboratorium)

- c) Data dasar yang telah terkumpul selanjutnya digunakan sebagai sarana mengidentifikasi masalah dan mengembangkan daftar masalah klien.

2) Daftar masalah

Daftar masalah merupakan suatu daftar inventaris masalah yang sudah dinomori menurut prioritas. Untuk memudahkan mencapainya daftar masalah ini berada didepan dari catatan medik. Daftar masalah ini bisa mencerminkan keadaan pasien, masalah-masalah ini diberi nomor sehingga akan memudahkan bila perlu dirujuk ke masalah tertentu dalam catatan klinik tersebut. Bila masalah sudah teratasi juga diberi catatan dan

diberi tanggal kapan masalah tersebut teratasi juga diberi catatan dan diberi tanggal kapan masalah tersebut teratasi dan petugas yang mengidentifikasi masalah tersebut untuk pertama kalinya. Dengan demikian daftar masalah ini berfungsi sebagai indeks maupun gambaran dari klien tersebut, diantaranya adalah :

- a) Daftar masalah berisi tentang masalah yang telah teridentifikasi dari data dasar, kemudian disusun secara kronologis sesuai tanggal identifikasi masalah.
 - b) Daftar masalah ditulis pertama kali oleh tenaga yang pertama bertemu dengan klien atau orang yang diberi tanggung jawab.
 - c) Daftar masalah dapat mencakup masalah fisiologis, psikologis, sosiokultural, spiritual, tumbuh kembang, ekonomi dan lingkungan.
 - d) Daftar ini berada pada bagian depan status klien dan tiap masalah diberi tanggal, nomor, dirumuskan dan dicantumkan nama orang yang menemukan masalah tersebut.
- 3) Daftar Awal Rencana
- Rencana asuhan merupakan hasil yang diharapkan tindak lanjut dikembangkan untuk masalah yang teridentifikasi. Rencana asuhan harus mencakup instruksi untuk memperoleh data

tambahan, untuk intervensi terapeutik dan penyuluhan untuk pasien. Setiap masalah yang ada dimaksudkan kebutuhan akan asuhan, dilaksanakan oleh siapa, frekuensi pelaksanaan dan hasil yang diharapkan, tujuan jangka pendek dan jangka panjang. Batas waktu ditentukan untuk evaluasi respon pasien terhadap intervensi maupun kemajuan terhadap pencapaian tujuan, yaitu:

- a) Rencana asuhan ditulis oleh tenaga yang menyusun daftar masalah. Dokter menulis instruksinya, sedang perawat atau bidan menulis instruksi menulis instruksi rencana asuhan
- b) Perencanaan awal terdiri dari 3 (tiga) bagian :

- (1) Diagnostik

Dokter mengidentifikasi apa pengkajian diagnostik yang perlu dilakukan terlebih dahulu. Menetapkan

prioritas untuk mencegah duplikasi tindakan dan

memindahkan pemenuhan kebutuhan klien. Koordinasi

pemeriksaan untuk menegakkan diagnostik sangat penting.

- (2) Usulan Terapi

Dokter menginstruksikan terapi khusus berdasarkan masalah. Termasuk pengobatan, kegiatan yang tidak boleh dilakukan, diet, penanganan secara khusus, observasi yang harus dilakukan. Jika masalah awal

diagnosa kebidanan, bidan dapat menyusun urutan
usulan tindakan asuhan kebidanan

(3) Pendidikan klien

Diidentifikasi kebutuhan pendidikan klien bertujuan
jangka panjang. Team kesehatan mengidentifikasi
jenis informasi atau keterampilan yang diperlukan
oleh klien untuk beradaptasi terhadap masalah yang
berkaitan dengan kesehatan.

4) Catatan Perkembangan (Proses Note)

Catatan perkembangan membentuk rangkaian informasi dalam
sistem pendekatan berorientasi masalah. Catatan ini dirancang
sesuai dengan format khusus untuk mendokumentasikan
informasi mengenai setiap nomor dan judul masalah yang
sudah terdaftar. Catatan ini menyediakan suatu rekaman
kemajuan pasien dalam mengatasi masalah khusus,
perencanaan dan evaluasi. Catatan perkembangan biasanya
ditampilkan dalam tiga bentuk, yaitu flow sheet berisi hasil
observasi dan tindakan tertentu, catatan perawat/ keterpaduan
memberi tempat untuk evaluasi kondisi pasien dan kemajuan
dalam mencapai tujuan, catatan pulang dan ringkasan asuhan
dan memudahkan follow up waktu pasien pulang, yaitu:

- a) Catatan perkembangan berisikan catatan tentang
perkembangan tiap-tiap masalah yang telah dilakukan

tindakan, dan disusun oleh semua anggota yang terlibat dengan menambahkan catatan perkembangan pada lembar yang sama.

b) Beberapa acuan catatan perkembangan dapat digunakan antara lain :

(1) SOAP : Subyektif data, Obyektif Data, Assesment, Plan

(2) SOAPIER : SOAP ditambah Intervensi, Evaluasi dan Revisi.

(3) PIE : Problem, Intervensi Evaluasi.

Keuntungan model dokumentasi POR

- 1) Pencatatan sistem ini berfokus atau lebih menekankan pada masalah klien dan proses penyelesaian masalah dari pada tugas dokumentasi.
- 2) Pencatatan tentang kontinuitas atau kesinambungan dari asuhan keperawatan.
- 3) Evaluasi masalah dan pemecahan masalah didokumentasikan dengan jelas, susunan data mencerminkan masalah khusus. Data disusun berdasarkan masalah yang spesifik. Keduanya ini memperlihatkan penggunaan logika untuk pengkajian dan proses yang digunakan dalam pengobatan pasien.
- 4) Daftar masalah, setiap judul dan nomor merupakan “checklist” untuk diagnosa kebidanan dan untuk masalah klien. Daftar

masalah tersebut membantu mengingatkan bidan untuk masalah-masalah yang meminta perhatian khusus .

- 5) Daftar masalah bertindak sebagai daftar isi dan mempermudah pencarian data dalam proses asuhan. Masalah yang membutuhkan intervensi (yang teridentifikasi dalam data dasar) dibicarakan dalam rencana asuhan.

Kerugian model dokumentasi POR

- 1) Penekanan pada hanya berdasarkan masalah, penyakit, ketidakmampuan dan ketidakstabilan.
- 2) Sistem ini sulit digunakan apabila daftar tidak dimulai atau tidak secara terus menerus diperbaharui dan mengenai masalah belum disetujui, atau tidak ada batas waktu untuk evaluasi dan strategi untuk follow up belum disepakati atau terpelihara.
- 3) Kemungkinan adanya kesulitan jika daftar masalah dilakukan tindakan atau timbulnya masalah yang baru.
- 4) Dapat menimbulkan kebingungan jika setiap hal harus masuk dalam daftar masalah.
- 5) SOAPIER dapat menimbulkan pengulangan yang tidak perlu, jika sering adanya target evaluasi dan tujuan perkembangan klien sangat lambat.
- 6) Tidak ada kepastian mengenai perubahan pencatatan distatus pasien, kejadian yang tidak diharapkan misalnya pasien jatuh, ketidakpuasan mungkin tidak lengkap pencatatannya. Dalam

praktek catatan serupa mungkin tidak tertulis, bila tidak hubungannya dengan catatan sebelumnya.

c. Model dokumentasi CBE (*Charting By Exception*)

Charting by exception adalah sistem dokumentasi yang hanya mencatat secara *naratif* dari hasil atau penemuan yang menyimpang dari keadaan normal atau standar.

Keuntungan model dokumentasi CBE

- 1) Tersusunnya standar minimal untuk pengkajian dan intervensi
- 2) Data yang tidak normal nampak jelas
- 3) Data yang tidak normal secara mudah ditandai dan dipahami
- 4) Menghemat waktu karena catatan rutin dan observasi tidak perlu dituliskan

Kerugian model dokumentasi CBE

- 1) Pencatatan secara narasi sangat singkat. Sangat tergantung pada "checklist"
- 2) Adanya pencatatan kejadian yang tidak semuanya didokumentasikan

Pedoman Penulisan CBE

- 1) Data dasar dicatat untuk setiap klien dan disimpan sebagai catatan yang permanen.
- 2) Daftar diagnosa keperawatan disusun dan ditulis pada waktu masuk rumah sakit dan menyediakan daftar isi untuk semua

diagnosa keperawatan. Ringkasan pulang ditulis untuk setiap diagnosa keperawatan pada sat klien pulang.

3) SOAPIER digunakan sebagai catatan respon klien terhadap intervensi

d. Model dokumentasi PIE (*problem intervention dan Evaluation*)

Suatu pendekatan orientasi-proses pada dokumentasi dengan penekanan pada proses keperawatan dan diagnosa keperawatan

Proses dokumentasi PIE dimulai pengkajian waktu klien masuk diikuti pelaksanaan pengkajian sistem tubuh setiap pergantian jaga (8 jam). Data masalah hanya dipergunakan untuk asuhan keperawatan klien jangka waktu yang lama dengan masalah yang kronis. Intervensi yang dilaksanakan dan rutin dicatat dalam “Flowsheet”. Catatan perkembangan digunakan untuk pencatatan nomor intervensi keperawatan yang spesifik berhubungan dengan masalah yang spesifik

Keuntungan model dokumentasi PIE

- 1) Memungkinkan penggunaan proses keperawatan
- 2) Rencana tindakan dan catatan perkembangan dapat dihubungkan
- 3) Memungkinkan pemberian asuhan keperawatan yang kontinue karena secara jelas mengidentifikasi masalah klien dan intervensi keperawatan

Kerugian model dokumenatsi PIE

- 1) Tidak dapat dipergunakan untuk pencatatan untuk semua disiplin ilmu
- 2) Pembatasan rencana tindakan yang tidak aplikatif untuk beberapa situasi keperawatan

e. Model dokumentasi POS (*Process-Oriented-System*)

Pencatatan FOCUS adalah suatu proses–orientasi dan klien–fokus.

Hal ini digunakan proses keperawatan untuk mengorganisir dokumentasi asuhan. Jika menuliskan catatan perkembangan , format DAR (Data – Action – Response) dengan 3 kolom

- 1) Data : Berisi tentang data subyektif dan obyektif yang mendukung dokumentasi fokus
- 2) Action : Merup tindakan keperawatan yang segera atau yang akan dilakukan berdasarkan pengkajian / evaluasi keadaan klien
- 3) Response : Menyediakan keadaan respon klien terhadap tindakan medis atau keperawatan

Keuntungan model dokumentasi POS

- 1) Istilah FOCUS lebih luas dan positif dibandingkan penggunaan istilah problem
- 2) Pernyataan FOCUS pada tingkat yang tinggi adalah diagnosa keperawatan
- 3) Focus dengan DAR adalah fleksibel dan menyediakan kunci dan pedoman pencatatan diagnosa keperawatan

Kerugian model dokumentasi POS

- 1) Penggunaan pencatatan Action dapat membingungkan, khususnya tindakan yang akan atau telah dilaksanakan
- 2) Penggunaan FOCUS pada kolom tidak konsisten dengan istilah pada rencana tindakan keperawatan

f. Dokumentasi keperawatan dengan kode (*Coded Nursing Documentation/CND*) adalah dokumentasi menggunakan sistem computer dimana catatan keperawatan yang terlihat hanya kode saja. Kode sendiri berdasarkan standar asuhan keperawatan yang telah dirumuskan. Virginia, dkk mengembangkan dokumentasi yang dilakukan berupa dokumentasi keperawatan dengan sistem pengkodean. Pengkodean dilakukan dengan memasukkan data pasien ke komputer, pada akhirnya akan terlihat data dokumentasi hanya berupa kode secara lengkap menguraikan mulai dari penyakit hingga evaluasi yang akan dicapai oleh pasien tersebut. Pengkodean ini tidak menuntut perawat untuk melakukan aktivitas menulis lebih banyak. (pancanigrum,2013)

3. Hambatan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Tantangan dalam mengukur asuhan keperawatan adalah waktu dan tugas-tugas mendokumentasikan dalam seluruh catatan klinis serta dokumentasi pengasuhan informal tidak tersedia (Bettgeel et al., 2012).

Dokumentasi keperawatan dianggap beban. Banyaknya lembar format yang harus diisi untuk mencatat data intervensi keperawatan

pada pasien membuat perawat terbebani. Kurangnya perawat yang ada dalam suatu tatanan pelayanan kesehatan memungkinkan perawat bekerja hanya berorientasi dalam tindakan saja. Tidak cukup waktu untuk menuliskan setiap tindakan yang telah diberikan pada lembar format dokumentasi keperawatan. Tidak adanya pengadaan lembar format dokumentasi keperawatan oleh institusi. Tidak semua tindakan diberikan pada pasien dapat di dokumentasikan dengan baik. Karna lembar format yang ada tidak menyediakan tempat (kolom untuk menuliskannya).

4. Proses Asuhan Keperawatan

a. Proses Asuhan Keperawatan

1) Pengertian

Proses keperawatan adalah suatu metode sistematis dan ilmiah yang digunakan perawat untuk memenuhi kebutuhan klien dalam mencapai atau mempertahankan keadaan biologis, psikologis, social, dan spiritual yang optimal, melalui tahap pengkajian, identifikasi diagnosos keperawatan, penentuan rencana keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan, serta evaluasi tindakan keperawatan. Untuk memperjelas pengertian tersebut, contoh sederhana untuk keadaan pasien adalah sebagai berikut :

- a) Keadaan biologis, misalnya kebiasaan makan, minum, tidur, buang air kecil (BAK), buang air besar (BAB), dan lain-lain;

- b) Keadaan psikologis, misalnya keadaan emosi (pemarah, cengeng, pendiam), konsep diri (menarik diri, rendah diri), dan keyakinan tentang kesehatan (percaya kekuatan gaib, berobat ke dokter);
- c) Keadaan social, misalnya hubungan antara anggota keluarga (harmonis, berkonflik) dan hubungan dengan orang lain (sering konflik);
- d) Keadaan spiritual, misalnya kebiasaan atau ketaatan beribadah (taat beribadah, jarang beribadah).

2) Tujuan Proses Keperawatan

Tujuan menetapkan proses keperawatan adalah memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan klien, sehingga tercapai mutu pelayanan keperawatan yang optimal. Di bawah ini dijelaskan fungsi serta sifat dan karakteristik proses keperawatan.

- a) Membantu perawat dalam melaksanakan pemecahan masalah keperawatan secara sistematis.
- b) Adanya tanggung jawab dan tanggung gugat terhadap klien sehingga keperawatan dapat meningkat.

3) Sifat dan karakteristik keperawatan

- a) Dinamis, artinya setiap proses keperawatan dapat diperbarui apabila situasi dan kondisi pasien berubah.
- b) Siklus, artinya proses keperawatan berjalan secara siklus atau berulang.

- c) Saling interpenden atau ketergantungan, artinya setiap tahapan proses keperawatan saling bergantung satu dengan yang lain. (Misalnya apabila data yang dikumpulkan kurang lengkap, maka diagnosis akan salah, demikian pula dalam perencanaan dan tindakan keperawatan.)
 - d) Fleksibel/luwes, artinya tidak kaku, pendekatan dapat berubah sesuai dengan situasi dan kondisi pasien.
 - e) Bersifat individual untuk setiap kebutuhan pribadi klien.
 - f) Terencana
 - g) Mengarah pada tujuan
 - h) Memberikan kesempatan kepada perawat dan klien untuk menerapkan fleksibilitas dan kreativitas yang maksimal dalam merancang cara memecahkan masalah kesehatan.
 - i) Menekankan umpan balik, yaitu memberikan arah pada pengkajian ulang masalah atau memperbaiki rencana asuhan.
 - j) Menekankan validasi. Masalah harus divalidasi dengan data. Validasi akan membuktikan bahwa suatu keputusan itu benar. (Misalnya memprioritaskan masalah kesehatan yang mengancam jiwa pasien adalah tindakan yang harus dilakukan lebih dulu. Data lengkap akan dicatat setelah melakukan pertolongan).
- 4) Manfaat proses keperawatan.
- a) Manfaat bagi pelayanan kesehatan :

- (1) Sebagai pedoman yang sistematis bagi terselenggaranya pelayanan masyarakat.
 - (2) Sebagai alat untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.
- 2) Manfaat bagi pelaksana keperawatan :
- (1) Memupuk rasa percaya diri dalam memberikan asuhan keperawatan, karena tujuan yang ingin dicapai jelas.
 - (2) Menimbulkan kepuasan kerja. Menulis rencana asuhan yang baik akan memberikan rasa percaya diri pada perawat, bahwa intervensi keperawatan yang didasarkan pada identifikasi masalah klien dilakukan dengan sungguh-sungguh, sehingga mencegah tindakan keperawatan yang tidak terkoordinasi, coba-coba, dan akhirnya salah. Perencanaan juga dapat menimbulkan rasa bangga dan puas jika tujuan asuhan tercapai.
 - (3) Menimbulkan profesionalisme. Dengan mengevaluasi efektivitas intervensi keperawatan, perawat belajar mengintervensi secara efektif dan memilih mana yang dapat diterapkan untuk memenuhi kebutuhan pasien lainnya. Proses ini akan meningkatkan keterampilan dan keahlian perawat. Selain itu, bertukar pengetahuan dan pengalaman dengan teman ketika menyusun rencana asuhan keperawatan dapat meningkatkan pengetahuan perawat.

- (4) Proses keperawatan mengandung tanggung gugat dan tanggung jawab perawat untuk mengkaji, menganalisis, merencanakan, melaksanakan, dan menilai asuhan klien.

(5) Aspek hukum

Semua catatan informasi tentang keadaan pasien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum. Bila terjadi suatu masalah yang berhubungan dengan profesi keperawatan, dimana perawat sebagai pemberi jasa dan pasien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi diperlukan sewaktu-waktu. Dokumentasi tersebut dapat dipergunakan sebagai barang bukti di pengadilan. Oleh karena itu data-data harus diidentifikasi secara lengkap, jelas, *obyektif* dan ditandatangani oleh tenaga kesehatan (perawat), tanggal, dan perlunya dihindari adanya penulisan yang dapat menimbulkan interpretasi yang salah.

(6) Komunikasi

Dokumentasi keadaan pasien merupakan alat perekam terhadap masalah yang berkaitan dengan pasien. Perawat atau tenaga kesehatan lain akan bisa melihat catatan yang ada dan sebagai alat komunikasi yang dijadikan pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan.

(7) Keuangan

Dokumentasi dapat bernilai keuangan. Semua tindakan keperawatan yang belum, sedang dan telah diberikan dicatat dengan lengkap yang dapat dipergunakan sebagai acuan atau pertimbangan dalam biaya keperawatan bagi pasien.

(8) Penelitian

Dokumentasi keperawatan mempunyai nilai penelitian. Data yang terdapat di dalamnya mengandung informasi yang dapat dijadikan sebagai bahan atau obyek penelitian dan pengembangan profesi keperawatan.

(9) Akreditasi

Melalui dokumentasi keperawatan akan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, dengan demikian akan dapat diambil kesimpulan tingkat keberhasilan pemberian asuhan keperawatan yang diberikan, guna pembinaan dan pengembangan lebih lanjut. Hal ini selain bermanfaat bagi peningkatan mutu bagi individu perawat dalam mencapai tingkat kepangkatan yang lebih tinggi.

3) Manfaat bagi klien/pasien

- (1) Merangsang partisipasi klien/pasien dalam perawatan dirinya.

- (2) Pengulangan instruksi dalam pemberian asuhan keperawatan dapat dihindari.

4. Tahapan Proses Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

Tahap ini merupakan awal dari proses keperawatan. Tahap pengkajian memerlukan kecermatan dan ketelitian untuk mengenal masalah. Keberhasilan proses keperawatan berikutnya sangat bergantung pada tahap ini.

b. Pengumpulan data

Pengumpulan data merupakan kegiatan menghimpun dan mencatat data untuk menentukan kebutuhan dan masalah kesehatan/keperawatan. Jenis data yang dikumpulkan adalah data yang tepat atau relevan. Artinya, data tersebut mempunyai pengaruh atau hubungan dengan situasi yang sedang ditinjau. Data ini dapat dibedakan menjadi dua jenis, yaitu:

- 1) Data objektif, yaitu data yang dapat dilihat, diobservasi, dan diukur oleh perawat. Misalnya pasien demam dengan suhu 39°C, tekanan darah pasien 120/80 mmHg.
- 2) Data subjektif, yaitu data yang merupakan pernyataan yang disampaikan oleh klien. Misalnya “Kepala saya pusing”, “Gejala ini menyiksa saya”. Sumber dapat diperoleh dari:
 - a) Pasien
 - b) Keluarga/orang yang mengenal pasien

- c) Tenaga kesehatan (dokter, perawat, ahli radiologi, dan lain-lain)
- d) Catatan yang dibuat oleh tenaga kesehatan
- e) Hasil pemeriksaan.

c. Cara pengumpulan data

Secara umum data dapat dikumpulkan dengan cara:

- 1) Wawancara, yaitu pembicaraan terarah yang umumnya dilakukan pada pertemuan-pertemuan tatap muka
- 2) Observasi, yaitu mengamati perilaku dan keadaan untuk memperoleh data tentang tingkat kesehatan pasien. Observasi dilakukan dengan menggunakan alat indera lainnya. Misalnya meraba, menyentuh, dan mendengar.
- 3) Pemeriksaan fisik, yang dilakukan secara keseluruhan dari kepala sampai ujung kaki, di antaranya inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi, dan pemeriksaan lain. Yang dimaksud pemeriksaan lain adalah pemeriksaan dengan menggunakan instrument atau alat ukur, misalnya thermometer, tensimeter, dan lain-lain.

Setelah data pasien terkumpul, selanjutnya data dipisahkan ke dalam kelompok-kelompok tertentu. Setelah mengelompokkan data, langkah selanjutnya adalah menentukan masalah yang terjadi pada pasien. Perhatikan pengelompokan data berikut :

- 1) Data fisiologis/biologis, di antaranya:
 - a) Masalah kesehatan dan penyakit sebelumnya
 - b) Masalah kesehatan yang sedang dialami
 - c) Masalah pola kehidupan sehari-hari
 - d) Masalah perilaku berisiko tinggi terhadap kehidupan
- 2) Data psikologis, di antaranya:
 - a) Perilaku
 - b) Pola emosi
 - c) Konsep diri
 - d) Gambaran diri
 - e) Penampilan intelektual
 - f) Pola pemecahan masalah
 - g) Tingkat pendidikan
 - h) Daya ingat
- 3) Data social, di antaranya:
 - a) Status ekonomi
 - b) Kegiatan rekreasi
 - c) Bahasa komunikasi
 - d) Pengaruh budaya
 - e) Masyarakat asal
 - f) Factor risiko lingkungan
 - g) Hubungan social
 - h) Hubungan dengan keluarga

- i) Pekerjaan
- 4) Data spiritual, di antaranya:
 - a) Nilai-nilai/norma
 - b) Kepercayaan
 - c) Keyakinan
 - d) Moral

Setelah pengelompokan data seharusnya dilakukan analisis data, yaitu mengaitkan dan menghubungkan data yang diperoleh dengan konsep, teori, dan prinsip yang relevan, untuk mengetahui masalah kesehatan yang sedang dihadapi.

d. **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang jelas, singkat, dan pasti, tentang masalah pasien serta pengembangan yang dapat dipecahkan atau diubah melalui tindakan keperawatan. Diagnosis keperawatan dapat dibagi dua sesuai dengan masalah kesehatan klien.

1) **Diagnosis keperawatan actual**

Yaitu diagnosis keperawatan yang menjelaskan masalah nyata yang sudah ada sejak saat pengkajian dilakukan. Misalnya diperoleh data suhu badan 39°C, bibir pecah-pecah, pasien diare 5x sehari dan banyak, dan turgor jelek. Diagnosisnya dapat dirumuskan: peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebih (diare).

2) Diagnosis keperawatan potensial

Yaitu diagnosis keperawatan yang menjelaskan bahwa masalah nyata akan terjadi bila tindakan keperawatan tidak dilakukan. Maksudnya, masalahnya belum ada tetapi penyebabnya sudah ada. Misalnya fungsi seksual mungkin terganggu sehubungan dengan dampak tindakan histerektomi. Sifat yang hakiki dalam merumuskan diagnosis keperawatan yaitu:

- a) Berorientasi kepada kebutuhan dasar manusia (hierarki Maslow);
- b) Menggambarkan tanggapan (respon) individu terhadap proses sakit, kondisi, dan situasi;
- c) Berubah bila tanggapan (respon) pasien berubah.

Selanjutnya, untuk menghindari kekeliruan, berikut ini dijelaskan perbedaan antara diagnosis medis dan diagnosis keperawatan.

a) Diagnosis medis

- (1) Berfokus pada factor-faktor yang bersifat pengobatan dan penyembuhan.
- (2) Berorientasi pada keadaan patologi.
- (3) Cenderung tetap, mulai dari sakit sampai sembuh.
- (4) Mengarah pada tindakan medis yang sebagian dapat dilaksanakan oleh perawat.

(5) Diagnosis medis melengkapi diagnosis keperawatan.

b) Diagnosis keperawatan

(1) Berfokus pada respon pasien terhadap penyakit, tindakan medis, dan factor lain.

(2) Berorientasi pada kebutuhan individu.

(3) Berubah, sesuai dengan perubahan respon pasien.

(4) Mengarah pada fungsi mandiri perawat dalam melaksanakan tindakan perawatan dan evaluasi.

(5) Diagnosis keperawatan melengkapi diagnosis medis.

e. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan, untuk menanggulangi masalah sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah ditentukan. Tujuan perencanaan keperawatan adalah terpenuhinya kebutuhan pasien. Langkah-langkah penyusunan perencanaan keperawatan adalah sebagai berikut.

1) Menentukan urutan prioritas masalah

Tahap ini memilih masalah yang memerlukan perhatian/prioritas di antara masalah-masalah yang telah ditentukan. Prioritas tertinggi diberikan pada masalah yang memengaruhi kehidupan atau keselamatan pasien. Selain itu, masalah nyata mendapatkan perhatian atau prioritas lebih tinggi daripada masalah potensial. Pertimbangan yang perlu

diperhatikan dalam menentukan prioritas masalah adalah sebagai berikut.

- 2) Prioritas tertinggi diberikan pada masalah kesehatan yang mengancam masalah kehidupan atau keselamatan pasien;
 1. Masalah nyata yang sedang dialami diberi perhatian lebih daripada masalah yang mungkin(potensial);
 2. Memperhatikan pola kebutuhan dasar manusia menurut hierarki Maslow.

Contoh: Pasien mengalami kecelakaan dengan keadaan sesak napas, gelisah, pernapasan cepat (30× per menit), luka patah tulang tibia, dan disertai perdarahan. Penentuan prioritas masalah adalah sebagai berikut:

- (1) Masalah pernapasan (kebutuhan oksigen),
- (2) Masalah perdarahan
- (3) Masalah luka

Hal-hal yang perlu diperlu dipertimbangkan dalam menyusun rencana keperawatan adalah:

- (1) Tindakan apa yang harus dilakukan?
- (2) Mengapa tindakan itu dilakukan?
- (3) Kapan tindakan itu dilakukan?
- (4) Siapa yang akan melakukan tindakan?
- (5) Bagaimana caranya tindakan itu dilakukan?

f. Tindakan Keperawatan (implementasi keperawatan)

Tindakan keperawatan adalah pelaksanaan rencana tindakan yang telah ditentukan, dengan maksud agar kebutuhan pasien terpenuhi secara optimal. Tindakan keperawatan dapat dilaksanakan sebagian oleh pasien itu sendiri, oleh perawat secara mandiri, atau mungkin dilakukan secara bekerja sama dengan anggota tim kesehatan lain, misalnya ahli gizi dan fisioterapi. Hal yang akan dilakukan ini sangat bergantung pada jenis tindakan, pada kemampuan/keterampilan dan keinginan pasien, serta tenaga perawat itu sendiri. Dengan demikian, tampak bahwa pelaksanaan keperawatan bukan semata-mata tugas perawat, tapi melibatkan banyak pihak. Namun demikian, yang memiliki tanggung jawab secara keseluruhan adalah tenaga perawat. Langkah-langkah tindakan keperawatan:

1) Langkah persiapan:

1. Memahami rencana keperawatan yang telah ditentukan;
2. Menyiapkan tenaga dan alat yang diperlukan;
3. Menyiapkan lingkungan terapeutik, sesuai dengan jenis tindakan yang akan dilakukan.

b. Langkah pelaksanaan

Pada langkah pelaksanaan, tenaga perawat harus mengutamakan keselamatan, keamanan, dan kenyamanan pasien. Oleh sebab itu, tenaga perawat harus:

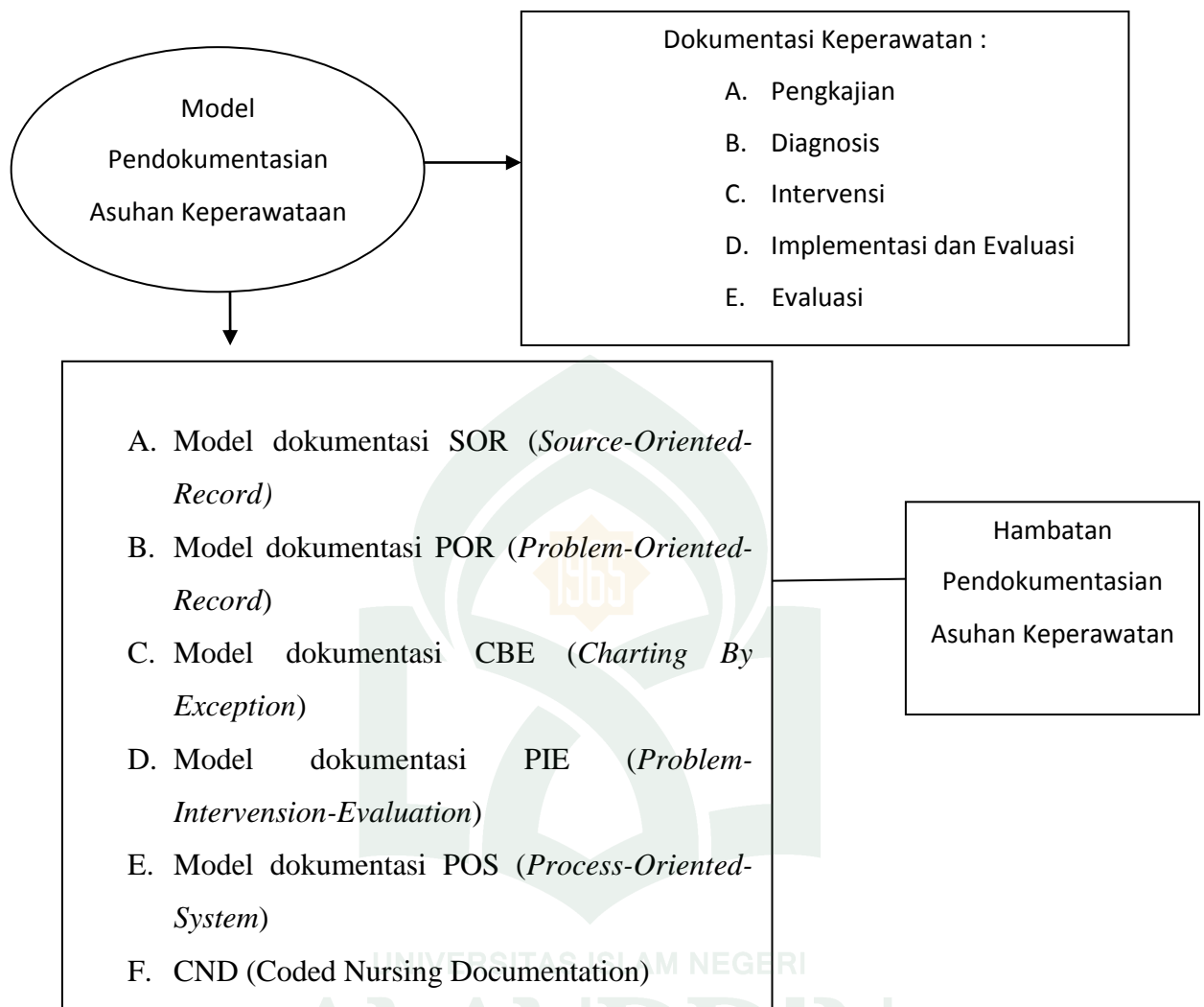
- a) Menunjukkan sikap yang meyakinkan;
- b) Peka terhadap respon pasien dan efek samping dari tindakan keperawatan yang dilakukan;
- c) Melakukan sistematika kerja dengan tepat;
- d) Mempertimbangkan hukum dan etika;
- e) Bertanggung jawab dan tanggung gugat;
- f) Mencatat semua tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

g. Evaluasi

Langkah evaluasi dari proses keperawatan mengukur respons klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien kearah pencapaian tujuan. Adapun tahapannya, yaitu :

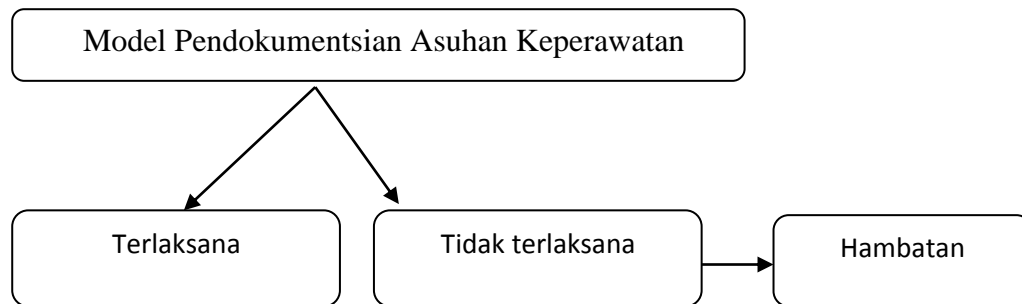
- 1) Membandingkan respon klien dengan kriteria.
- 2) Menganalisis alasan untuk hasil dan konklusi.
- 3) Memodifikasi rencana asuhan.

B. Kerangka Teori



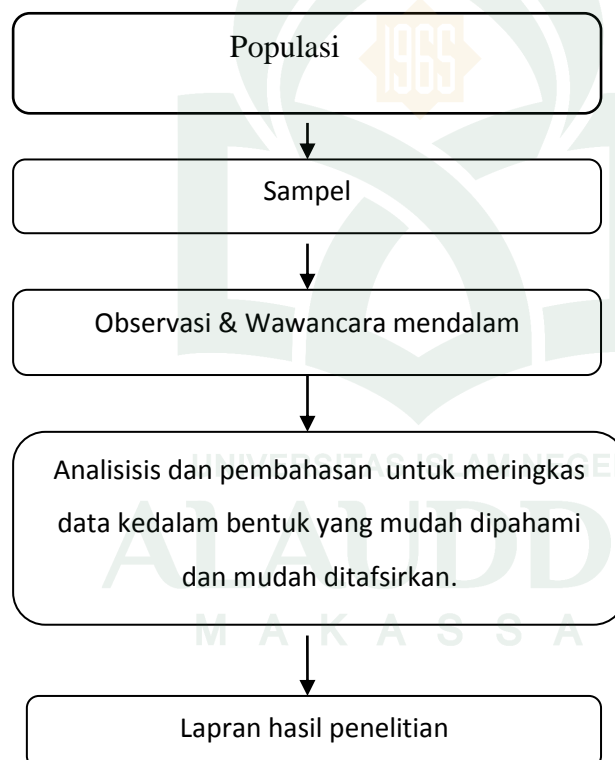
Gambar 2.1. Kerangka teori

C. Fokus Penelitian



Gambar 2.2 Fokus penelitian

D. Alur Penelitian



Gambar 2.3 Alur penelitian

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif observasi yaitu metode dengan melengkapi data sesuai format atau instrumen yang ada, dimana peneliti melakukan observasi dengan melihat bagaimana penerapan model pendokumentasian yang digunakan serta menggunakan kualitatif wawancara sebagai pendukung untuk mengetahui hambatan terlaksananya model pendokumentasian yang ada dengan pendekatan fenomenologi. (Arikunto, 2006)

kualitatif wawancara yaitu proses komunikasi atau interaksi untuk mengumpulkan informasi dengan cara Tanya jawab antara peneliti dengan informan atau subjek peneliti (Emzir, 2010)

Dalam penelitian ini penulis berusaha mengumpulkan data mengenai bagaimana model pendokumentasian pada RS Haji Makassar serta hambatan terlaksananya model pendokumentasian yang ada.

B. Lokasi dan Waktu

Penelitian ini dilakukan di RS Haji pada tanggal 14 juni-13 juli tahun 2017 dengan melihat penerapan model dokumentasi asuhan keperawatan yang ada.

C. Populasi dan Sampel

1. Social Situation (Populasi)

Menurut Sugiyono (2011), dalam penelitian kuantitatif observasi & kualitatif tidak menggunakan istilah populasi, tetapi dinamakan “*social situation*”, yang terdiri dari tiga elemen yaitu: tempat (*place*), pelaku

(*actor*), aktivitas (*activity*), karena penelitian ini berangkat dari kasus tertentu yang ada pada situasi social tertentu. Social situation yang diambil oleh peneliti adalah Perawat yang bertugas dalam pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di RS Haji Makassar

2. Sampel

Sampel pada penelitian kualitatif observasi yaitu model pendokumentasian asuhan keperawatan namun sampel dalam penelitian kualitatif bukan dinamakan responden, tetapi sebagai narasumber, partisipan, informan dalam penelitian. Partisipan/informan dalam penelitian ini adalah perawat pelaksana yang bekerja di RS Haji Makassar yang melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan serta mengetahui, berkaitan dan menjadi pelaku dari pendokumentasian asuhan keperawatan yang diharapkan dapat memberikan informasi tentang bagaimana model pendokumentasian di RS Haji Penyampelan dilakukan dengan melakukan pengumpulan data dengan melihat model dokumentasi asuhan keperawatan dan wawancara kepada perawat pelaksana.

3. Teknik Sampling

Teknik pengambilan sampel adalah *Non Probability Sampling* jenis *Purposive Sampling*. *Purposive Sampling* yaitu metode pemilihan partisipan dalam suatu penelitian dengan menggunakan terlebih dahulu kriteria yang akan dimasukkan dalam penelitian, dimana partisipan yang diambil dapat memberikan informasi yang berharga bagi peneliti. (Saryono, 2013)

Kriteria partisipan dalam penelitian ini adalah orang yang dianggap paling tahu tentang apa yang diharapkan peneliti sehingga memudahkan peneliti menjelajahi objek/situasi sosial yang diteliti

D. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah matriks model pendokumentasian yang telah dibuat & pedoman wawancara, recorder dan observasi kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan sesuai model keperawatan yang diterapkan. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara bebas terpimpin artinya wawancara dengan mengajukan kerangka pertanyaan pokok yang tersusun dengan baik, tetapi dalam pelaksanaan dapat dikembangkan pewawancara asal tidak menyimpang dari permasalahannya. Hal ini dilakukan untuk menghindari kemungkinan kesalahan atas jawaban informan dan diharapkan mendapat informasi dan data hasil yang berkualitas serta dengan melakukan metode dokumentasi untuk mencari data mengenai model pendokumentasian asuhan keperawatan berupa format asuhan keperawatan dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi yang ada serta profil RS Haji Makassar

E. Analisis Data

Analisa data adalah meringkaskan data kedalam bentuk yang mudah dipahami dan mudah di tafsirkan, sehingga hubungan antara problem penelitian dapat dipelajari dan diuji. Sebelum menganalisis data, diperlukan teknik pemeriksaan data. Penulis melakukan pemeriksaan keabsahan data yang didasarkan pada kriteria. Berdasarkan kriteria ini, teknik yang digunakan adalah triangulasi yaitu pemeriksaan keabsahan data dengan cara memanfaatkan suatu yang lain dari luar data itu untuk

keperluan pengecekan atau pembandingan terhadap data itu. Trianggulasi dalam penelitian adalah : pertama, dengan sumber dengan cara membandingkan apa yang di sampaikan oleh perawat pelaksana, ketua tim dan kepala ruangan bekerja di RS Haji Makassar yang melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan, kedua dengan cara membandingkan hasil observasi wawancara dicek dengan hasil berikutnya. Setelah mengumpulkan data, sebagai suatu gambaran persoalan yang diteliti berdasarkan informasi yang diperoleh, kemudian disusun berdasarkan urutan pembahasan yang telah direncanakan. Selanjutnya penulis melakukan interpretasi dalam usaha memahami kenyataan yang ada untuk menarik kesimpulan.

Metode yang digunakan untuk menganalisis data yang telah terkumpul dari lapangan adalah metode deskriptif kualitatif yaitu menginterpretasikan data yang telah diperoleh ke dalam bentuk kalimat-kalimat dengan menggunakan langkah-langkah sebagai diuraikan oleh Mathew B. Miles dan Michael A. Huberman berikut :

1. Pengumpulan data

Untuk memperoleh data dari lapangan, dilakukan kegiatan observasi, wawancara, dan dokumentasi. Kemudian dalam pengumpulan data tersebut dilaksanakan kegiatan triangulasi. Teknik yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode dan sumber ganda, misalnya hasil wawancara dengan perawat dapat dicek dengan sumber lain yakni, ketua tim dan kepala ruangan. Hasil observasi di lapangan dicek dengan hasil wawancara, dan hasil wawancara di cek dengan wawancara berikutnya.

2. Reduksi data

Reduksi data adalah proses pemilihan, pemusatan penelitian dan penyederhanaan, pengabstrakan, transformasi data “kasar” yang muncul dari catatan-catatan tertulis di lapangan. Reduksi data bukanlah suatu hal yang terpisah dari analisis data lapangan.

3. Penyajian data

Penyajian data diartikan sebagai kegiatan untuk menyusun informasi yang member kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan.

4. Penarikan kesimpulan

Langkah ini menyangkut interpretasi penelitian yaitu menggambarkan maksud dari data yang ditampilkan.

F. Etika Penelitian

Masalah etika dalam penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting, karena akan berhubungan dengan manusia secara langsung (Yurisa, 2008). Etika yang perlu dan harus diperhatikan adalah:

1. Menghormati harkat dan martabat manusia (*respect for human dignity*)

Peneliti perlu mempertimbangkan hak-hak subyek untuk mendapatkan informasi yang terbuka berkaitan dengan jalannya penelitian serta memiliki kebebasan menentukan pilihan dan bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dalam kegiatan penelitian (*autonomy*). Beberapa tindakan yang terkait dengan prinsip menghormati harkat dan martabat manusia adalah peneliti mempersiapkan formulir persetujuan subyek (*informed consent*) yang terdiri dari:

a. Penjelasan manfaat penelitian

- b. Penjelasan kemungkinan risiko dan ketidaknyamanan yang dapat ditimbulkan.
- c. Penjelasan manfaat yang akan didapatkan
- d. Persetujuan peneliti dapat menjawab semua pertanyaan yang diajukan subyek berkaitan dengan prosedur penelitian
- e. Persetujuan subyek dapat mengundurkan diri kapan saja
- f. jaminan anonimitas dan kerahasiaan.
- g. Menghormati privasi dan kerahasiaan subyek penelitian (*respect for privacy and confidentiality*).

Setiap manusia memiliki hak-hak dasar individu termasuk privasi dan kebebasan individu. Pada dasarnya penelitian akan memberikan akibat terbukanya informasi individu termasuk informasi yang bersifat pribadi. Sedangkan tidak semua orang menginginkan informasinya diketahui oleh orang lain, sehingga penelitian perlu memperhatikan hak-hak dasar individu tersebut. Dalam aplikasinya, peneliti tidak boleh menampilkan informasi mengenai identitas baik nama maupun alamat asal subyek dalam kuesioner dan alat ukur apapun untuk menjaga anonimitas dan kerahasiaan identitas subyek. Peneliti dapat menggunakan koding (inisial atau *identification number*) sebagai pengganti identitas responden.

- h. Keadilan dan inklusivitas (*respect for justice and inclusiveness*)
- Prinsip keadilan memiliki konotasi keterbukaan dan adil. Untuk memenuhi prinsip keterbukaan, penelitian dilakukan secara jujur, hati-hati, profesional, berperikemanusiaan, dan memperhatikan faktor-faktor ketepatan, keseksamaan, kecermatan, integritas,

psikologis serta perasan religius subyek penelitian. Lingkungan penelitian dikondisikan agar memnuhi prinsip keterbukaan yaitu kejelasan prosedur penelitian. Keadilan memiliki bermacam-macam teori, namun yang terpenting adalah bagaimanakah keuntungan dan beban harus didistribusikan di antara anggota kelompok masyarakat. Prinsip keadilan menekankan sejauh mana kebijakan penelitian membagikan keuntungan dan beban secara merata atau menurut kebutuhan, kempuan, kontribusi dan pilihan bebas masyarakat

- i. Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*balancing harms and benefits*)

Peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian guna mendapatkan hasil yang bermanfaat semaksimal mungkin bagi subyek penelitian dan dapat digeneralisasikan di tingkat populasi (*beneficence*). Peneliti meminimalisasi dampak yang merugikan bagi subyek (*nonmaleficence*). Apabila intervensi penelitian berpotensi mengakibatkan cedera atau stress tambahan maka subyek dikeluarkan dari kegiatan penelitian untuk mencegah terjadinya cedera, kesakitan, sters, maupun kematian subyek penelitian (Yurisa, 2008).

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum RSUD Haji Makassar

1. Sejarah Berdirinya RSUD Haji Makassar

Latar belakang pembangunan Rumah Sakit Haji Makassar yang ditetapkan di daerah bekas lokasi Rumah Sakit Kusta Jongaya, Rumah Sakit ini diharapkan dapat mendukung kelancaran kegiatan pelayanan calon jamaah haji dan masyarakat sekitar.

Pengoperasian Rumah Sakit ini didasarkan oleh surat Keputusan Gubernur KDH Tk.I Sulawesi Selatan dan SK Gubernur Nomor: 802/VII/1992 tentang susunan organisasi dan tata kerja Rumah Sakit serta SK Gubernur Nomor: 1314/IX/1992 tentang tarif pelayanan kesehatan pada Rumah Sakit Haji Makassar lebih lanjut, maka pada tanggal 13 desember 1993 departemen kesehatan menetapkan Rumah Sakit Umum Haji Makassar sebagai Rumah Sakit Umum milik pemerintah daerah Sulawesi Selatan dengan Klasifikasi C yang dituangkan kedalam SK Nomor: 762/XII/1993. Seiring berjalannya waktu Rumah Sakit Haji Makassar sudah menjadi Rumah Sakit Kelas B Non Pendidikan berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1226/Menkes/SK/VIII/2010 tentang Penetapan Status Rumah Sakit Haji Makassar dari kelas C menjadi kelas B Non Pendidikan pada tanggal 2 Agustus tahun 2010.

a. Keadaan Geografis Dan Demografis

Rumah Sakit Umum Haji Makassar berdiri dan diresmikan pada tanggal 16 juli 1992 oleh Bapak Presiden Reublik Indonesia. Berdiri diatas tanah seluas 10,6 Hektar milik pemerintah daerah Sulawesi Selatan, terletak di ujung selatan kota makassar, tepatnya di jalan Dg.Ngeppe No.14 Kelurahan Jongaya, Kecamatan Tamalate.

b. Visi dan Misi

a. Visi

“Menjadi Rumah Sakit Pendidikan, Islam Terpercaya, terbaik dan Pilihan utama di Sulawesi Selatan 2018”.

b. Misi

Menerapkan “*Hospital Services to win All*”

- 1) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan paripurna dan rujukan yang berkualitas yang terjangkau oleh masyarakat.
- 2) Menyelenggarakan pendidikan dan riset tenaga kesehatan berkarakter islami.
- 3) Menyelenggarakan pola tata kelola pelayanan kesehatan yang baik, akuntabel berbasis “*the ten golden habbits*”.
- 4) Meningkatkan kualitas pelayanan melalui pengembangan SDM serta mengembangkan dan meningkatkan sarana dan prasarana rumah sakit.
- 5) Meningkatkan kesejahteraan karyawan sebagai aset berharga bagi rumah sakit.

B. Gambaran Umum Tentang Ruang Perawatan Rindra Sayang II

Ruang perawatan rindra sayang II merupakan ruang perawatan khusus kelas III yang memiliki visi dan misi sebagai berikut:

a. Visi

Menjadi ruangan pelayanan keperawatan yang islami dan terbaik di RSUD Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan

b. Misi

1. Memberikan pelayanan asuhan keperawatan profesional secara menyeluruh.
2. Pelayanan yang ramah dan bersahabat dengan slogan 5S (senyum, salam, sapa, sopan dan santun).
3. Merekomendasikan tenaga perawat dalam peningkatan pendidikan yang berkelanjutan
4. Menjaga dan memelihara keharmonisan antar pegawai
5. Menjaga dan memelihara inventaris ruangan serta tertib administrasi.

Ruang perawatan Rindra Sayang II terdiri dari ruangan interna dan isolasi yang memiliki 30 tempat tidur dan tenaga kesehatan yang bertugas di ruangan tersebut berjumlah 17 orang yang masing-masing dibagi menjadi tim yang terdiri dari 3 tim. Dimana setiap tim terdiri dari kepala tim dan perawat pelaksana.

C. Karakteristik Informan

Pada penelitian ini informan terdiri dari 5 perawat di RSUD Haji Makassar yang berjenis kelamin laki-laki dan perempuan yang di pilih berdasarkan kriteria yang ditentukan yang bekerja di ruang rawat inap Sayang rindra II RSUD Haji Makassar

Berikut karakteristik Informan:

Table 4.1
Karakteristik Kepala Ruangan

No	Variabel	Informan
1	Inisial	N
2	Jenis Kelamin	Laki-laki
3	Umur	45 tahun
4	Suku	Bugis
5	Pendidikan	S2 Kesehatan
6	Status Pernikahan	Menikah
7	Lama Bekerja	25 Tahun
8	Ekpresi	Serius

Table 4.2
Karakteristik informan

Informan	Jabatan	Lama Kerja	Pendidikan terakhir
1	Perawat pelaksana	6 tahun	D3
2	Case manager	9 Tahun	Ners
3	Perawat Pelaksana	9 Tahun	S1 Keperawatan
4	Perawat Pelaksana	12 Tahun	D3 Keperawatan
5	Perawat pelaksana	6 Tahun	D3 keperawatan

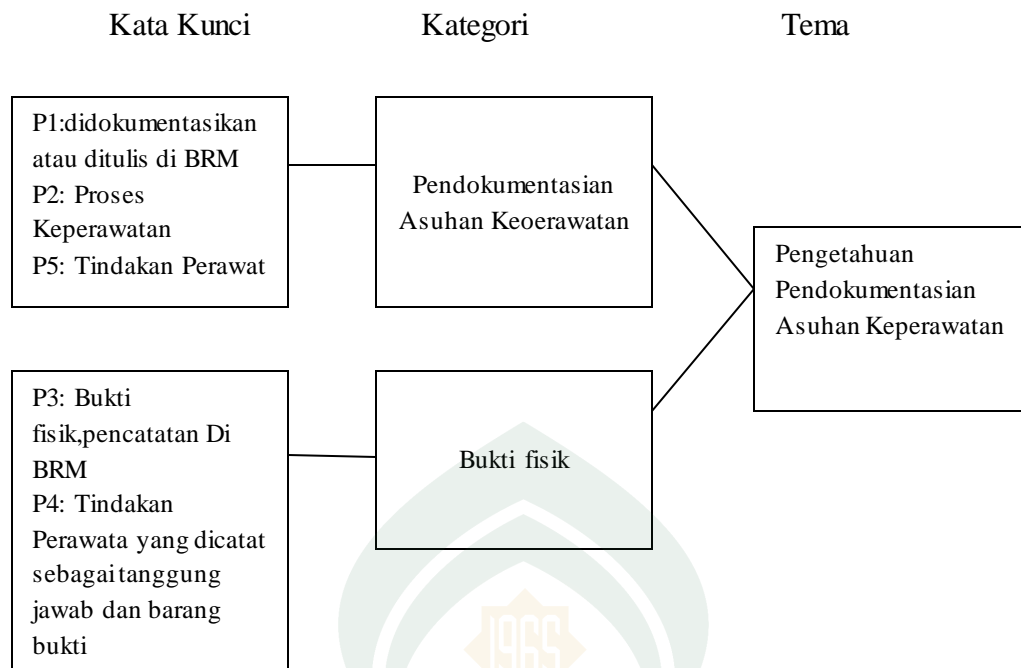
D. Hasil Penelitian Tahapan Kualitatif

Pada penelitian ini digambarkan bagaimana tema dan bentuk dari hasil analisis berdasarkan jawaban informan saat peneliti melakukan wawancara yang mengacu pada tujuan penelitian.

Berdasarkan tujuan penelitian di dapatkan tema bagaimana model pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang Rinra Sayang II yaitu: pengetahuan mengenai apa itu pendokumentasian asuhan keperawatan, model pendokumentasian asuhan keperawatan,, penerapan dalam mengisi lembar dokumentasi asuhan terintegrasi, dan sesuai atau tidaknya penerapan model pendokumentasian yang digunakan.

1. Pengetahuan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Tema pengetahuan pendokumentasian asuhan keperawatan. Selanjutnya masing-masing akan diuraikan sebagai berikut :



Skema 4.1
Pengetahuan pendokumentasian asuhan keperawatan

a. Asuhan Keperawatan

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan didapatkan pengetahuan perawat tentang pendokumentasian asuhan keperawatan.

Pernyataan tersebut sesuai dengan pernyataan informan sebagai berikut:

*“pendokumentasian asuhan keperawatan adalah segala sesuatu yang dilakukan mulai dari tahap pengkajian sampai evaluasi ke pasien dan harus **didokumentasikan atau ditulis direkam medic pasien**” P1*

*“dokumentasi asuhan keperawatan merupakan bagian dari **proses asuhan keperawatan** yang dimulai dari proses pengkajian sampai evaluasi yang dicatat baik dilakukan secara sistematis dengan cara mencatat tahap-tahap proses keperawatan yang diberikan kepada pasien” P2*

*“pendokumentasian asuhan keperawatan adalah **Tindakan perawat** yang diberikan kepada pasien dan harus dicatat sebagai tanggung jawab perawat” P5*

b. Bukti Fisik

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan didapatkan bahwa perawat juga mengatakan pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan bukti fisik bagi profesi perawat apabila terjadi sesuatu yang tidak diinginkan .

Pernyataan tersebut sesuai dengan pernyataan informan sebagai berikut :

*“pendokumentasian asuhan keperawatan adalah segala sesuatu yang kita lakukan terhadap pasien dan harus ada **bukti fisik** **dipencatatan berkas rekam medic pasien.**” P3*


“barang bukti bagi perawat apabila terjadi kesalahan yang akan berdampak pada pasien”P4

2. Model pendokumentasian asuhan keperawatan

Di RSUD Haji Makassar setelah dilakukan penelitian secara observasi khususnya pada ruangan rinra sayang II didapatkan model pendokumentasian asuhan keperawatan ialah terintegrasi.

Model pendokumentasian ini termasuk model SOR (*Source-Oriented-Record*) yang artinya pada lembar dokumentasi asuhan keperawatan sudah ada bagian masing-masing yang diisi oleh perawat,dokter,gizi, apoteker dan tim medis lainnya.

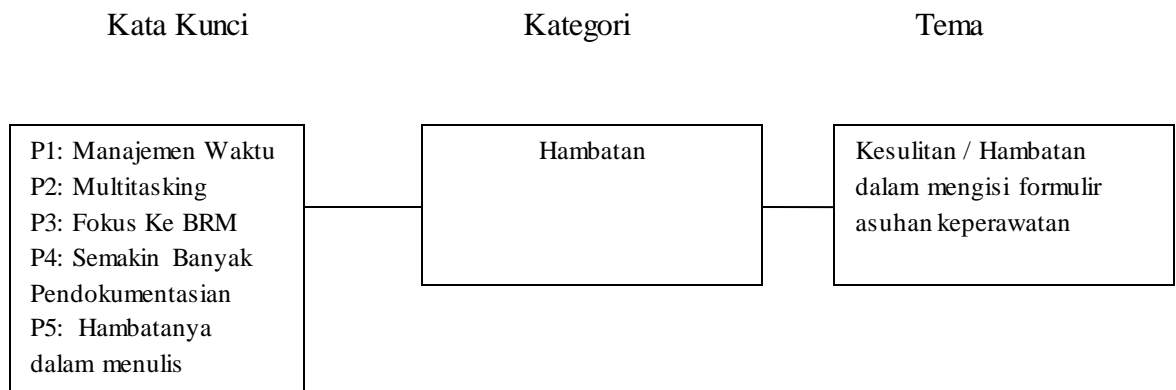
Matriks Model Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Model Pendokumentasian Askep	Format	Model Pendokumentasian Askep	Indikator	Ket								
SOR (Source-Oriented-Record)	<table><tr><td>Tanggal</td><td>Waktu</td><td>Sumber</td><td>Catatan Perkembangan</td></tr><tr><td>Tanggal/ Bulan/ Tahun</td><td>Waktu Intervensi</td><td>P/D/F/G</td><td>Meliputi: Pengkajian Keperawatan Diagnosa Keperawatan Rencana Keperawatan Tindakan Keperawatan Evaluasi Keperawatan Tanda Tangan</td></tr></table>	Tanggal	Waktu	Sumber	Catatan Perkembangan	Tanggal/ Bulan/ Tahun	Waktu Intervensi	P/D/F/G	Meliputi: Pengkajian Keperawatan Diagnosa Keperawatan Rencana Keperawatan Tindakan Keperawatan Evaluasi Keperawatan Tanda Tangan		<p>a. Lembar penerimaan berisi biodata.</p> <p>b. Lembar instruksi dokter</p> <p>c. Lembar riwayat medis atau penyakit</p> <p>d. Catatan perawat</p> <p>e. Catatan dan laporan khusus</p>	
Tanggal	Waktu	Sumber	Catatan Perkembangan									
Tanggal/ Bulan/ Tahun	Waktu Intervensi	P/D/F/G	Meliputi: Pengkajian Keperawatan Diagnosa Keperawatan Rencana Keperawatan Tindakan Keperawatan Evaluasi Keperawatan Tanda Tangan									

3. Kesulitan/hambatan dalam mengisi lembar asuhan keperawatan

SOR atau Terintegrasi

Pada saat penelitian informan mengungkapkan bahwa ada beberapa hal yang menjadi hambatan dalam mengisi lembar asuhan terintegrasi yaitu:



Skema 4.2

Kesulitan/hambatan dalam mengisi lembar asuhan keperawatan

a. Hambatan

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan didapatkan bahwa adanya hambatan didalam penulisan formulir asuhan keperawatan.

Dimana dengan asuhan terintegrasi perawat menyatakan bahwa mereka lebih banyak berfokus pada penulisan daripada pasien dan kurangnya manajemen waktu.

Pernyataan tersebut sesuai dengan pernyataan informan sebagai berikut :

*“ sebenarnya kalau dari penulisan tidak ada kendala yang jadi kendala yaitu kalau misalnya terlalu banyak pasien yang masuk, jadi **manajemen waktunya** perawat sulit untuk melakukan pengisiannya.” (P1)*

*“kendalanya itu karena pekerjaan kami itu **multitasking**, urus pasien urus kertas lagi, urus manajemen,” (P2)*

*“kalau saya hambatannya lebih banyak **fokus ke berkas rekam medic** dibanding focus ke pasien” (P3)*

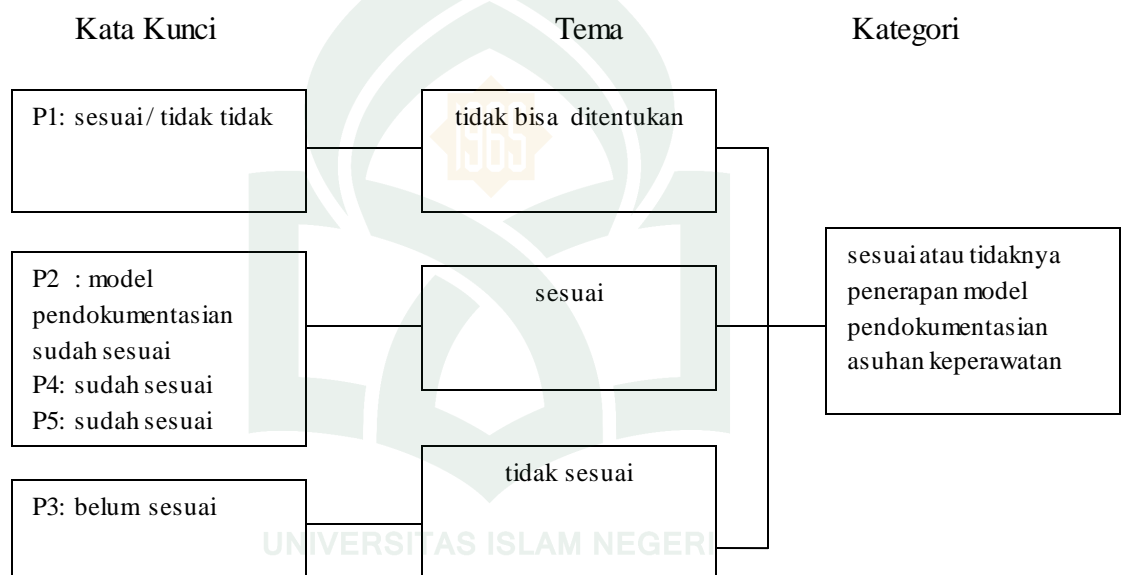
*“kalau hambatan yahh pasti ada dan kita kewalahan karena kenapa sekarang **semakin banyak pendokumentasian**, tapi itu sudah tugasnya kita, mau tidak mau yahh... harus dilakukan” P4*

*“hambatannya itu dalam **menulis** contohnya saya ini mulai dinas siang masih menulis direkam medick” P5*

4. Sesuai atau tidaknya penerapan Model pendokumentasian asuhan keperawatan SOR atau Terintegrasi

Pada saat penelitian beberapa informan mengungkapkan bahwa penerapan model pendokumentasian asuhan keperawatan sebenarnya sudah sesuai namun pada pengaplikasiannya saja yang masih terkendala karena terlalu banyak lembar asuhan keperawatan yang diisi.

Pernyataan ini sesuai dengan kutipan informan sebagai berikut :



Skema 4.3
Sesuai/tidak penerapan model pendokumentasian asuhan keperawatan

a. Tidak bisa ditentukan

Hasil penelitian ini didapatkan satu informan yang mengatakan bahwa sesuai tidaknya penerapan model pendokumentasian asuhan keperawatan tidak bisa ditentukan dari perawat itu sendiri karena itu dari bagian manajemen.

Pernyataan ini sesuai dengan pernyataan informan sebagai berikut :

*“sebenarnya kalau kita mau bicara **sesuai atau tidak sesuai kita tidak bisa menentukan** dari perawatnya karena itu tugas manajemen, tidak mungkin juga kita mengambil format tanpa ada beberapa referensi yang di pake, jadi yang digunakan adalah referensi yang bisa terpenuhi bagi perawat dan tidak terlalu menjadi beban, tidak menyita waktu perawat untuk mengisi BRM atau missal menulis ASKEP”P1*

b. Sudah sesuai

Hasil penelitian ini didapatkan tiga informan yang mengatakan bahwa model pendokumentasian asuhan keperawatan yang digunakan saat ini sudah sesuai.

Pernyataan ini sesuai dengan pernyataan informan sebagai berikut :

*“kalau modelnya **sudah sesuai** namun dengan ini kita terlalu banyak pekerjaan dan belum diaplikasikan secara maksimal. Kami dituntut harus mengisi semua lembar pendokumentasian sedangkan kami juga harus mengurus pasien baru, ada telepon dari ruangan lain jadi kepala kami ini terbelah-belah”P2*

*“kalau saya **sudah susai** karena dengan model yang sudah terintegrasi berarti sudah terbagi pekerjaan masing-masing tenaga kesehatan yang ada, perawat mengisi bagiannya sendiri dan dokter, gizi juga begitu. Dan kita juga sudah dibagi perawatnya itu perteam”P4*

*“**sesuai.** karena kita sudah di permudah untuk mengisi lembaran dokumentasi”P5*

c. Belum sesuai

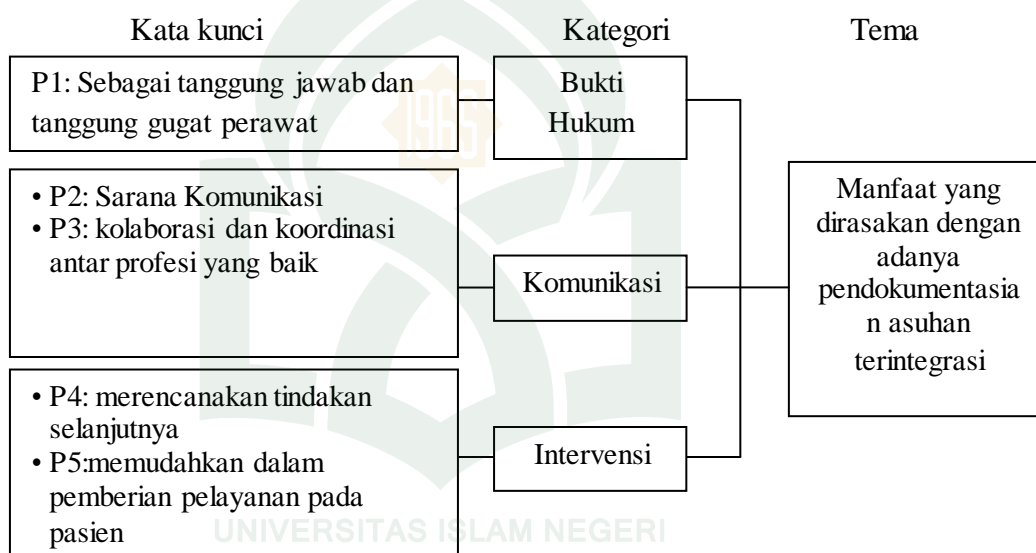
Hasil penelitian ini juga ternyata didapatkan satu informan yang mengatakan bahwa penerapan model pendokumentasian asuhan keperawatan belum sesuai karena lebih fokus mengisi lembar rekam medic daripada fokus ke pasien.

Pernyataan ini sesuai dengan pernyataan informan sebagai berikut :

*“**belum sesuai..** Bagi saya kalau bisa berkasnya dikurangi, dulu kita lebih fokus dipasien sekarang lebih fokus ke status pasien” P3*

5. Manfaat yang dirasakan dengan adanya model pendokumentasian asuhan keperawatan

Pada saat penelitian informan mengungkapkan bahwa ada beberapa manfaat yang bisa dirasakan dengan adanya pendokumentasian asuhan SOR atau terintegrasi yaitu tidak terjadi mis komunikasi antar sesama profesi. Selanjutnya masing-masing kategori akan diuraikan sebagai berikut :



Skema 4.5
Manfaat yang dirasakan dengan adanya penerapan model pendokumentasian asuhan keperawatan

a. Bukti Hukum

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan didapatkan bahwa manfaat yang dirasakan perawat dengan adanya pendokumentasian asuhan keperawatan SOR yaitu sebagai bukti hukum bagi setiap profesi.

Pernyataan tersebut sesuai dengan pernyataan informan sebagai berikut:

“sebagai bukti tanggung jawab dan tanggung gugatnya perawat, itu sebagai bukti hukum yang tertulis” P1

b. Komunikasi

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan didapatkan bahwa manfaat yang dirasakan dengan adanya pendokumentasian asuhan keperawatan SOR yaitu mengurangi mis komunikasi atau sebagai sarana komunikasi antar sesama profesi kesehatan.

Pernyataan tersebut sesuai dengan pernyataan informan sebagai berikut:

“sebagai sarana komunikasi antar perawat, dokter, apoterker, dan petugas gizi” P2

Pernyataan di atas didukung oleh informan lainnya yang mengatakan bahwa manfaat yang dirasakan dalam pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan SOR dimana pencatatan semua profesi kesehatan menulis dilembar pendokumentasian yang sama yaitu sebagai sarana komunikasi antar tenaga kesehatan.

Pernyataan ini sesuai dengan kutipan informan di bawah ini

“kolaborasi dan koordinasi antar profesi yang baik sehingga dapat memperpendek hari rawat inap, dan mempercepat penyembuhan.” P3

c. Intervensi

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan didapatkan bahwa manfaat yang dirasakan dengan adanya pendokumentasian asuhan keperawatan SOR yaitu mempermudah dalam melakukan intervensi/perencanaan tindakan.

Pernyataan tersebut sesuai dengan pernyataan informan sebagai berikut:

“manfaatnya memudahkan pemberi pelayanan kesehatan dalam mengikuti pemberian pelayanan dan pengobatan pasien

serta sebagai acuan untuk menghasilkan proses asuhan pelayanan medis yang efektif, efisien dan berkesinambungan. P4

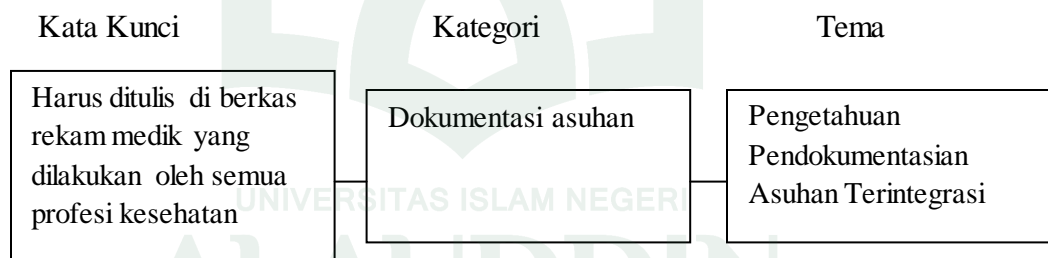
Pernyataan di atas didukung oleh informan lainnya yang mengatakan bahwa manfaat yang dirasakan dalam pelaksanaan pendokumentasian asuhan terintegrasi dimana pencatatan semua profesi kesehatan menulis dilembar pendokumentasian yang sama yaitu merencanakan tindakan selanjutnya.

Pernyataan ini sesuai dengan kutipan informan di bawah ini

"mempermudah merencanakan tindakan selanjutnya, misalnya sebelum dilaksanakan tindakan keperawatan dan setelah dilakukan tindakan keperawatan, itu pasti ada perbedaan" P5

E. Empat Tema Tentang Pendokumentasian Asuhan keperawatan oleh Kepala Ruangan

1. Pengetahuan Tentang Pendokumentasian Asuhan Keperawatan



Skema 4.5

Pengetahuan Pendokumentasian Asuhan Terintegrasi

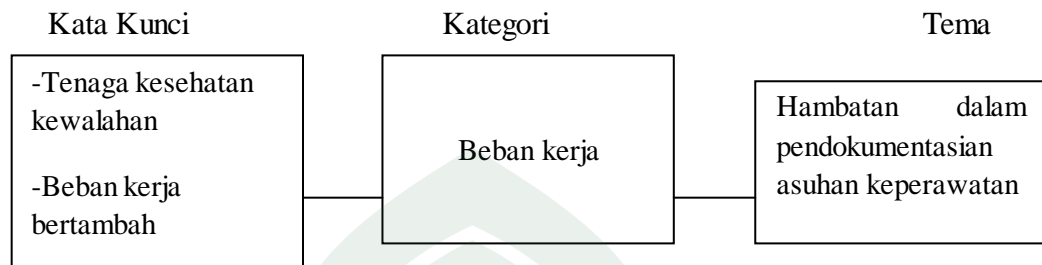
a) Dokumentasi Asuhan

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan didapatkan bahwa pengetahuan pendokumentasian asuhan terintegrasi yaitu didokumentasikan atau ditulis di BRM (Berkas Rekam Medik).

Pernyataan tersebut sesuai dengan pernyataan informan sebagai berikut:

“Pendokumentasian adalah segala kepasien harus didokumentasikan atau ditulis diberkas rekam medik pasien yang dilakukan oleh semua profesi kesehatan karena dokumentasi asuhan merupakan bagian dari proses asuhan terintegrasi dan harus dicatat sebagai tanggung jawab masing-masing profesi kesehatan”. (KR)

2. Kesulitan/hambatan dalam mengisi lembar asuhan keperawatan



Skema 4.6

Hambatan dalam pendokumentasian asuhan terintegrasi

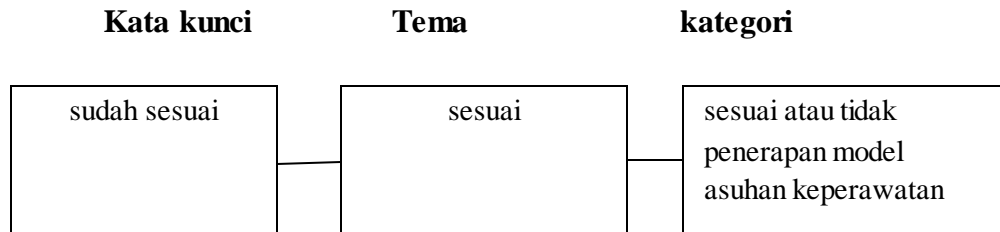
a) Beban Kerja

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan didapatkan bahwa hambatan dalam pendokumentasian asuhan terintegrasi yaitu tenaga kesehatan kewalahan dan beban kerja meningkat.

Pernyataan tersebut sesuai dengan pernyataan informan sebagai berikut:

*“hambatannya mungkin seperti ini, dalam 1 ruangan itu hanya 2 orang yang shift baru banyak pasien yang masuk, **tenaga kesehatan kewalahan** karena harus urus pasien dan urus dokumentasi yang semakin banyak diberkas rekam medik dan **beban kerja** tenaga kesehatan juga bertambah”. (KR)*

3. Sesuai atau tidaknya penerapan model pendokumentasian asuhan keperawatan



Skema 4.7

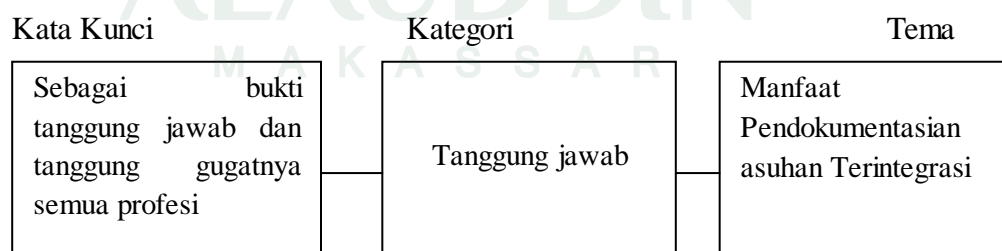
Sesuai atau tidaknya penerapan model pendokumentasian asuhan keperawatan

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan didapatkan bahwa penerapan model pendokumentasian asuhan keperawatan dengan model SOR atau terintegrasi sudah sesuai.

Pernyataan tersebut sesuai dengan pernyataan informan sebagai berikut:

*“menurut saya **sudah sesuai** karena dengan model yang telah terintegrasi berarti kita sebagai perawat fokus melaksanakan atau menulis bagian dokumentasi perawat itu sendiri, jadi dengan adanya model terintegrasi juga mengurangi mis komunikasi dengan tim medis kesehatan lainnya”*

4. Manfaat Pendokumentasian Asuhan Keperawatan



Skema 4.8

Manfaat Pendokumentasian asuhan Terintegrasi

a) Tanggung Jawab

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan didapatkan bahwa manfaat pendokumentasian asuhan terintegrasi yaitu sebagai bukti tanggungjawab dan tanggung gugatnya semua profes serta mengurangi mis komunikasi antar sesama tim medis lainnya.

Pernyataan tersebut sesuai dengan pernyataan informan sebagai berikut:

*“Manfaat dengan adanya model pendokumentasian SOR atau terintegrasi yaitu sebagai **bukti tanggung jawab dan tanggung gugatnya semua profesi**, khusus bagi kita sebagai perawat sehingga profesi aman dari kasus hukum dan mengurangi mis komunikasi dengan tim medis lainnya ”. (KR)*

F. Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian ditemukan 4 persepsi dari masing-masing profesi terhadap penerapan model pendokumentasian asuhan keperawatan yaitu: pengetahuan mengenai apa itu pendokumentasian asuhan keperawatan, bagaimana model pendokumentasian asuhan keperawatan (observasi), sesuai atau tidaknya penerapan model pendokumentasian yang digunakan dan manfaat model pendokumentasian asuhan keperawatan.

Berbagai sub tema dari masing-masing tema yang ditemukan, selanjutnya dibahas sebagai berikut:

1. Pengetahuan mengenai apa itu pendokumentasian asuhan keperawatan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui penginderaan yang dimilikinya (Notoatmojo, 2007). Sedangkan pengetahuan perawat terhadap dokumentasi asuhan keperawatan

adalah kemampuan intelektual atau tingkat pemahaman perawat mengenai dokumentasi asuhan keperawatan.

Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa pengetahuan perawat mengenai dokumentasi asuhan keperawatan sudah baik karena pada dasarnya pengetahuan tersebut telah diterima selama perkuliahan baik S2, Ners, S1 dan D3.

Pada perawat yang memiliki tingkat pendidikan tertinggi maupun terendah pada ruangan Rinra Sayang II terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan sudah sesuai dengan teori yang ada pada hasil penelitian yang didapatkan.

a. Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Dokumentasian Asuhan keperawatan merupakan suatu upaya penyusunan catatan atau dokumentasi yang berisi tentang riwayat pasien, perawatan yang diperlukan, dan perawatan yang telah diberikan.

Dokumentasi asuhan keperawatan dan kesehatan pasien yang dilakukan perawat sebagai pertanggung jawaban dan pertanggung gugat dalam pemberian asuhan keperawatan (Nova Suhendar, 2008). Pengetahuan mengenai pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan factor individu yang dapat mempengaruhi kinerja seseorang.

Hal ini sesuai dengan pendapat Green (1980) dalam Khairani (2011) yang menyatakan bahwa pengetahuan kinerja individu. Kinerja dalam hal ini dapat di nilai dari pendokumentasian asuhan keperawatan.

Berdasarkan penelitian pribadi 2009 terdapat hubungan signifikan antara pengetahuan dan pendokumentasian asuhan keperawatan.

Adapun bagian dari pendokumentasian asuhan keperawatan yaitu:

1) Pengkajian

Tahap pengkajian merupakan dasar utama dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu klien, sebagaimana yang telah ditentukan oleh ANA (America Nursing Association).

2) Diagnosa

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang jelas, singkat, dan pasti, tentang masalah pasien serta pengembangan yang dapat dipecahkan atau diubah melalui tindakan keperawatan. Diagnosis keperawatan dapat dibagi dua sesuai dengan masalah kesehatan klien.(Suarli, Bahtiar 2014). Pengelompokkan data pada diagnosa keperawatan sebagai dasar dalam mengidentifikasi masalah melalui kegiatan menganalisa data. (Nursalam, 2001).

3) Rencana Tindakan (Intervensi)

Perencanaan keperawatan adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan, untuk menanggulangi masalah sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah ditentukan. Tujuan perencanaan keperawatan adalah terpenuhinya kebutuhan pasien. Intervensi meliputi : Menentukan urutan prioritas masalah, Prioritas

tertinggi diberikan pada masalah kesehatan yang mengancam masalah kehidupan atau keselamatan pasien. (Suarli, Bahtiar 2014)

4) Implementasi

Tindakan keperawatan adalah pelaksanaan rencana tindakan yang telah ditentukan, dengan maksud agar kebutuhan pasien terpenuhi secara optimal.

5) Evaluasi

Nursalam (2001) bahwa evaluasi sangat penting dalam dokumentasi asuhan keperawatan dimana sebagai pembanding sistematis pada status klien yaitu membandingkan efek/hasil suatu tindakan keperawatan sesuai standaryang telah ditentukan.

b. Bukti Fisik

Bukti fisik merupakan suatu aspek hukum dalam pendokumentasian asuhan keperawatan. Di Indonesia salah satu bentuk aturan yang menunjukkan adanya hubungan hukum dengan perawat adalah UU No. 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan, Pasal 1 angka 2 menyebutkan bahwa "Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan.

Dalam melakukan tindakan-tindakan keperawatan perawat harus menerapkan informed consent, sebagai bagian dari pertimbangan aspek hukum. Perawat juga harus mencatat kecelakaan yang terjadi pada

pasein, catatan ini segera dibuat untuk memudahkan analisa sebab kecelakaan dan mencegah pengulangan kembali.

Dalam melaksanakan tugasnya perawat harus mempertahankan hubungan saling percaya yang baik dengan pasein. Pasien harus mengetahui tentang diagnosa dan rencana tindakan, serta perkembangan keadaan pasien.(Dwi, 2011).

Menurut Nursalam (2008), peran perawat salah satunya adalah dokumentasi sebagai bukti pertanggungjawaban pelaksanaan keperawatan. Perawat mendokumentasikan hasil yang telah atau belum dicapai pada medical record. Penggunaan istilah yang tepat perlu ditekankan pada penulisannya, untuk menghindari salah persepsi dan kejelasan dalam menyusun tindakan perawatan lebih lanjut.

Hal ini sesuai dengan pernyataan 2 informan dari 5 informan yang ada dimana menjelaskan pendokumentasian asuhan keperawatan dari segi aspek hukum dimana mencatat pada buku rekam medic (BRM).

Semua tindakan pencatatan yang kita kerjakan sebagai perawat kelak akan diminta pertanggung jawabannya. Hal ini sesuai firman Allah dalam Al-Qur'an surah Yasin 22: 65

سَيُؤْنَكُنْوَ إِيْمَا أَرْجُلُهُمْ وَتَشْهَدُ أَيْدِيهِمْ وَتَكْلِمُنَا أَفْوَاهُهُمْ عَلَىٰ خَتَمِ الْيَوْمِ



Terjemahnya:

“Pada hari ini kami tutup mulut mereka, tangan mereka akan berkata dan kaki mereka akan memberi kesaksian terhadap apa yang dahulu mereka kerjakan”

Ayat diatas menjelaskan bahwa akan datang hari dimana mulut kita dikunci, kata dan suara tak ada lagi dari mulut kita dan berkata mulut kita tentang apa yang telah kita kerjakan, salah satunya tugas kita sebagai perawat dalam melaksanakan pencatatan pendokumentasian asuhan keperawatan.

2. Model pendokumentasian asuhan keperawatan

Hasil penelitian didapatkan bahwa model pendokumentasian asuhan keperawatan yaitu terintegrasi yang telah diobservasi oleh peneliti bahwa model pendokumentasian terintegrasi termasuk model pendokumentasin SOR (*source-oriented-record*).

Model pendokumentasian asuhan keperawatan perlu disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan pasien yang sampai ssat ini terdiri dari 6 model : SOR (*source-Oriented-Record*), POR (*Problem-Oriented-Record*), CBE (*Charting by Exception*), PIE (*Problem-Intervension-Evaluation*), POS (*Process-Oriented-System*), CND (*Coded Nursing Documentation*) (Marquis & Huston, 2012).

Pendokumentasian keperawatan menggunakan model terintegrasi atau POR (*Problem-Oriented-Record*) menempatkan catatan atas dasar disiplin orang atau sumber yang mengelola pencatatan. Dokumentasi yang dibuat dengan cara setiap setiap anggota tim kesehatan membuat catatan sendiri dari hasil observasi,kemudian semua hasil didokumentasikan jadi satu.

Catatan berorientasi pada sumber terdiri dari lima komponen yaitu : lembar penerimaan berisi biodata, lembar order dokter, lembar riwayat medic atau penyakit, catatan perawat dan catatan laporan khusus. Adapun keuntungan model ini yaitu :

- 1) Menyajikan data yang secara berurutan dan mudah diidentifikasi
- 2) Memudahkan perawat untuk secara bebas bagaimana informasi akan dicatat
- 3) Format dapat menyederhanakan proses pencatatan masalah, kejadian, perubahan intervensi dan respon klien atau hasil.

Pada penelitian ini juga didapatkan bahwa dengan penerapan model pendokumentasian yang sudah terintegrasi (SOR) ternyata terdapat beberapa hambatan dalam pelaksanaanya yaitu dengan menggunakan model pendokumentasian yang telah terintegrasi maka waktu pemberian asuhan keperawatan memerlukan waktu yang banyak serta perawat harus memperhatikan lembar dokumentasi secara baik yang telah dilakukan sebelumnya karena data yang terfegremnatsi kerena tidak berdasarkan urutan waktu.

3. Hambatan atau Kesulitan dalam mengisi lembar dokumentasi asuhan SOR atau Terintegrasi.

Hambatan dalam mengisi lembar pendokumentasian asuhan terintegrasi terbagi dalam beberapa kategori yaitu manajemen waktu, BRM (berkas Rekam Medik) dan semakin banyak beban kerja akibat adanya penerapan

model pendokumentasian asuhan yang terintegrasi yang akan dijelaskan sebagai berikut:

a. BRM (Berkas Rekam Medik)

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan peneliti didapatkan bahwa hambatan yang dialami adalah lebih berfokus pada rekam medis daripada ke pasien. Dimana dengan asuhan terintegrasi tenaga kesehatan menyatakan bahwa mereka lebih banyak berfokus pada penulisan daripada pasien

Menurut pedoman rekam medis disebutkan ada 3 prinsip utama dalam dokumentasi rekam medis yaitu: komprehensif dan lengkap, berpusat pada pasien dan kolaborasi serta menjamin dan menjaga kerahasiaan pasien (WHO, 2007).

Rekam medis memfasilitasi dan mencerminkan integrasi dan koordinasi perawatan. Secara khusus, setiap praktisi kesehatan: perawat, dokter, ahli terapi, ahli gizi dan profesional kesehatan lainnya mencatat pengamatan, pengobatan, hasil atau kesimpulan dari pertemuan atau diskusi tim perawatan pasien dalam catatan perkembangan yang berorientasi masalah dalam bentuk SOAP (IE) dengan formulir yang sama dalam rekam medis, dengan ini diharapkan dapat meningkatkan komunikasi antar profesional kesehatan (Iyer Patricia and Camp Nancy, 2004).

Dokumentasi dalam rekam medis merupakan sarana komunikasi antar profesi kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Komunikasi yang dimaksud adalah komunikasi antar profesi yang bertujuan untuk mencegah kesalahan informasi, koordinasi interdisipliner, mencegah informasi berulang, membantu perawat dalam manajemen waktunya (Klehr et al. 2009)

b. Beban kerja

Informan dalam penelitian ini mengungkapkan bahwa beban kerja yang cukup tinggi menyebabkan informan tidak memiliki banyak waktu untuk melakukan pendokumentasian asuhan karena terbebani dengan tindakan perawatan dan dituntut juga untuk mengisi lembar dokumentasi asuhan serta kurangnya jumlah perawat pada tiap shift dalam ruangan menjadi beban tersendiri bagi perawat karena pada rumah rungan Rinra Sayang II jumlah perawat dikurangi sedangkan kapasitas pekerjaan mereka ditambah.

c. Waktu

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kesulitan dalam mengisi lembar dokumentasi sudah sesuai dengan yang diterapkan di Rumah Sakit tetapi masih terkendala dengan waktu. Menurut Nursalam (2011) kemampuan tenaga kesehatan dalam pendokumentasian ditujukan pada keterampilan menulis sesuai dengan penerapan model asuhan pendokumentasian yang konsisten, pola yang efektif, lengkap dan akurat.

Mengenai keterbatasan waktu yang dikeluhkan informan untuk pendokumentasian asuhan terintegrasi, hal tersebut tidak bisa dijadikan alasan tidak lengkapnya dokumentasi asuhan terintegrasi karena pendokumentasian tidak hanya dilakukan pada waktu tertentu tetapi bisa dilakukan secara terus-menerus atau berkelanjutan yang merupakan dokumentasi ulang. Menurut Hutahean (2010) dibutuhkan kesabaran dalam melakukan dokumentasi asuhan.

4. Sesuai atau tidaknya penerapan model pendokumentasian asuhan keperawatan SOR atau Terintegrasi

Dari hasil wawancara informan didapatkan tiga pendapat yang berbeda mengenai sesuai atau tidaknya penerapan model keperawatan pada ruangan Rinra Sayang II.

Dimana pengaruh pendokumentasian keperawatan bagi rumah sakit menunjukkan adanya pelaksanaan pendokumentasian yang dirumuskan yang dapat mengatasi permasalahan pasien, meningkatkan kepuasan pasien, dan standar dokumentasi keperawatan. (Iyer, 2005). Adapun pendapat dari berbagai informan sebagai berikut :

a. Sesuai dan tidak sesuai tidak bisa ditentukan

Salah satu informan mengatakan bahwa sesuai atau tidaknya sebuah model pendokumentasian itu tidak bisa ditentukan oleh perawat itu sendiri, karena itu merupakan kewenangannya pihak rumah sakit itu sendiri, perawat hanya menerima format atau bentuk yang diberikan oleh pihak rumah sakit.

b. Sesuai

Menurut tiga informan mengatakn bahwa model pendokumentasian asuhan keperawatan yang ada sudah sesuai karena pada lembar pendokumentasian sudah terdapat bagian tim medis masing-masing, jadi perawat hanya mengisi pada bagian perawat itu sendiri.

Namun untuk pengaplikasiannya saja yang bagi mereka terkadang terkendala di waktu karena banyak lembar pendokumentasian yang harus diisi sedangkan terkadang jumlah perawat pershift itu hanya 2 orang dan kadang bagi mereka itu masih kurang perawat karena tidak ditahu kalau tiba-tiba banyak pasien yang masuk.

c. Tidak sesuai

Menurut satu informan lagi didapatkan bahwa ia mengatakn model pendokumentasian asuhan keperwatan yang sekarang itu tidak sesuai Karena terlalu banyak lembar pendokumentasian yang harus diisi dan itu sangat menyita waktu, belum lagi perawat harus mengerjakan pekerjaan yang lain.

Jadi perawat jadi berfokus pada lembar dokumentasi daripada fokus kepada pasien. Pada penelitian yang telah dilakukan oleh (widyanto, 2011) mengatakan bahwa hasil perhitungan secara kuantitaif dan kualitatif Bahwa 81 % pendokumentasian asuhan keperawatan menyita waktu sehingga berdampak langsung pada pelayanan.

5. Manfaat yang dirasakan dengan adanya penerapan model asuhan keperawatan SOR atau Terintegrasi

a) Bukti Hukum

Dari hasil penelitian salah satu informan mengatakan bahwa manfaat yang dirasakan dengan adanya pendokumentasian asuhan terintegrasi adalah sebagai bukti tanggung jawab dan tanggung gugatnya perawat.

Tanpa dokumentasi keperawatan maka implementasi keperawatan yang telah dilaksanakan oleh perawat tidak mempunyai makna dalam hal tanggung jawab dan tanggung gugat (Merrelli, 2000). Hal ini lebih dipertegas oleh Iyer (2001) bahwa dengan adanya pendokumentasian yang benar maka bukti secara profesional dan legal dapat dipertanggung jawabkan.

Rekam medis yang diselenggarakan secara bertanggung-jawab, merupakan alat bukti yang sah dan menjadi alat pembelaan hukum dan pembenaran (*justification*) bagi profesi medis, dalam proses pembuktian di pengadilan atas kasus tuntutan hukum perdata maupun pidana.

Rekam medis hanya merupakan catatan dan dokumen yang berisi tentang kondisi keadaan pasien, tetapi jika dikaji lebih mendalam rekam medis mempunyai makna yang lebih kompleks tidak hanya catatan biasa, karena di dalam catatan tersebut sudah tercermin segala informasi menyangkut seorang pasien, yang dapat dijadikan dasar dalam menentukan tindakan lebih lanjut dalam upaya pelayanan maupun

tindakan medis lainnya kepada seorang pasien yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan, dan dibutuhkan peran seluruh pihak terkait serta dukungan pimpinan, mengingat data dan informasi dari proses penyelenggaraan rekam medis mampu mewakili tentang efektifitas dan efisiensi serta luasnya cakupan layanan kesehatan oleh suatu fasilitas pelayanan kesehatan. (Tjen. 2013)

b) Intervensi

Dari hasil penelitian, beberapa informan dalam penelitian ini mengungkapkan bahwa manfaat yang dirasakan dengan adanya pendokumentasian terintegrasi yaitu mempermudah dalam melakukan intervensi kepada pasien.

Ini sesuai dengan kegunaan dari rekam medis dilihat dari aspek medis, bahwa catatan dalam rekam medis dapat dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang diberikan kepada seorang pasien, dan dalam rangka mempertahankan serta meningkatkan mutu pelayanan melalui kegiatan audit medis, manajemen risiko klinis serta keamanan/keselamatan pasien dan kendali biaya (Tjen. 2013)

c) Komunikasi

Salah satu informan dalam penelitian ini mengungkapkan bahwa manfaat yang dirasakan dengan adanya pendokumentasian asuhan terintegrasi yaitu mengurangi mis komunikasi atau sebagai sarana komunikasi antar sesama profesi kesehatan sehingga terjalin komunikasi yang efektif dan tidak adanya tindakan yang tidak diinginkan.

Suarli (2014) mendefinisikan komunikasi sebagai suatu pertukaran pikiran, perasaan, pendapat dan pemberian nasihat yang terjadi antara dua orang atau lebih yang bekerja bersama.

Komunikasi juga merupakan suatu seni untuk dapat menyusun dan merupakan suatu seni untuk dapat menyusun dan menghantarkan suatu pesan dengan cara yang gampang sehingga orang lain dapat mengerti dan menerima.

Dokumentasi dalam rekam medis merupakan sarana komunikasi antar profesi kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Komunikasi yang dimaksud adalah komunikasi antar profesi yang bertujuan untuk mencegah kesalahan informasi, koordinasi interdisipliner, mencegah informasi berulang, membantu perawat dalam manajemen waktunya (Klehr. 2009)

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan media komunikasi yang sangat efektif antara perawat dengan perawat, antara perawat dengan dokter, dan antara perawat dengan profesi lain. Sehingga jika hal ini tidak menjadi perhatian bagi tenaga kesehatan maka komunikasi yang dibangun akan terputus dalam memberikan asuhan keperawatan (Merelli, 2000)

Pelayanan yang berfokus pasien membutuhkan dokumentasi terintegrasi yang mewajibkan setiap profesi melakukan pencatatan pada dokumen yang sama. Metode ini diharapkan dapat meningkatkan komunikasi yang efektif antar profesi, pencatatan dapat dilakukan lebih optimal karena semua profesi menulis pada dokumen yang sama

meminimalkan mis komunikasi, menurunkan angka kejadian tidak diharapkan dan pada akhirnya itu semua bertujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien dan berdampak pada peningkatan mutu pelayanan (Frelita, Situmorang & Silitonga, 2011).

d) Empat Tema Persepsi Kepala Ruangan Tentang Dokumentasi Asuhan Terintegrasi

a) Pengetahuan tentang dokumentasi asuhan terintegrasi

1) Dokumentasi Asuhan

Dokumentasi asuhan merupakan suatu kegiatan yang sangat penting karena dapat menjadi bukti bahwa segala tindakan yang telah dilaksanakan secara profesionalisme dan legal sehingga dapat melindungi klien selaku penerima jasa pelayanan dan perawat, dokter, gizi dan apoteker selaku pemberi jasa pelayanan kesehatan.

Pelayanan yang berfokus pasien membutuhkan dokumentasi terintegrasi yang mewajibkan setiap profesi melakukan pencatatan pada dokumen yang sama. Metode ini dapat meningkatkan komunikasi yang efektif antar profesi, pencatatan dapat dilakukan lebih optimal karena semua profesi menulis pada dokumen yang sama meminimalkan mis komunikasi bertujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien dan berdampak pada peningkatan mutu pelayanan (Frelita, Situmorang dan Silitonga, 2011).

b) Hambatan/ kesulitan dalam mengisi lembar formulir dokumentasi asuhan keperawatan SOR atau terintegrasi

1) Beban kerja

Informan dalam penelitian ini mengungkapkan bahwa beban kerja yang cukup tinggi menyebabkan tenaga kesehatan kewalahan dalam

melakukan tugasnya karena harus mengurus pasien dan dokumentasi asuhan terintegrasi.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Norman (2006), menemukan tenaga kesehatan di Rumah Sakit Umum dr.Prigadi Medan, belum mampu memberikan pelayanan perawatan yang terbaik kepada pasien. Untuk itulah penghitungan beban kerja personel perlu dilakukan menggunakan teknik yang reliable sehingga menghasilkan angka rasional yang dapat di pertanggung jawabkan secara ilmiah. Hasil pengukuran beban kerja akan baik jika digunakan oleh ahlinya dalam mengetahui jenis dan tingkat kesulitan pekerjaan (Ilyas, 2010).

c) Sesuai atau tidaknya penerapan model pendokumentasian asuhan keperawatan SOR atau terintegrasi

1) Sesuai

Hasil penelitian ini didapatkan bahwa untuk penerapan model pendokumentasian SOR atau terintegrasi telah sesuai dimana tim medis kesehatan lainnya sudah mengisi pada lembar dokumentasi masing-masing, jadi dengan demikian mengurangi mis komunikasi dan pekerjaan dalam hal pencatatan rekam medik berjalan dengan baik. Hutaeen (2010) menyatakan model ini menempatkan catatan atas dasar disiplin orang atau sumber yang mengelola pencatatan. Dokumentasi di buat dengan cara setiap anggota tim kesehatan membuat catatan sendiri dari hasil observasi kemudian semua hasil dokumentasi dikumpulkan jadi satu. Sehingga masing-masing anggota tim kesehatan melaksanakan kegiatan sendiri tanpa tergantung anggota tim kesehatan lainnya.

d) Manfaat pendokumentasian asuhan terintegrasi

1) Tanggungjawab

Hasil dalam penelitian ini informan mengungkapkan bahwa dengan adanya dokumentasi asuhan integrasi semua profesi masing-masing mempertanggung jawabkan perbuatannya. Pertanggungjawaban dalam hal pelayanan kesehatan atau pelayanan medis yang mana pihak pasien merasa dirugikan maka perlu untuk diketahui siapa yang terkait didalam tenaga medis tersebut.

Tenaga medis yang dimaksud adalah dokter yang bekerja sama dengan tenaga profesional lain didalam menyelenggarakan dan memberikan pelayanan medis kepada pasien. Apabila didalam tindakan medis terjadi kesalahan dan mengakibatkan kerugian terhadap pasien, maka tanggung jawab tidak langsung kepada pihak rumah sakit.

Terlebih dahulu harus melihat apakah kesalahan tersebut dilakukan oleh dokter atau tenaga medis yang lain. Dengan demikian pertanggung jawaban dalam hal pelayanan kesehatan merupakan pertanggung jawaban yang terjadi karena adanya unsur kesalahan atau kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang merugikan pasien.

Serta dengan adanya pendokumentasian terintegrasi juga dapat mengurangi mis komunikasi sesama tim tenaga medis lainnya dalam pengisian pendokumentasian asuhan keperawatan, terlebih khusus pada bagian perawat di ruang Rinra Sayang II telah dibentuk dalam

tim. Dan setiap tim bertanggung jawab dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan.

G. Keterbatasan Penelitian

1. Penelitian ini dilakukan selama jam kerja, jika dilakukan diluar jam kerja informan tidak bersedia karena sudah lelah bekerja atau karena alasan rumah jauh, sehingga dapat mengganggu konsentrasi informan tentang topik wawancara.
2. Informan dalam penelitian ini susah untuk diwawancara karena kesibukan masing-masing profesi, salah satunya yaitu beban kerja perawat dimana mereka dituntut harus mengisi lembar dokumentasi asuhan keperawatan daripada fokus ke pasien.
3. Pengetahuan peneliti tentang metodologi penelitian masih kurang karena ini merupakan pengalaman pertama bagi peneliti dalam melakukan penelitian.

H. Implikasi Keperawatan

1. Implikasi hasil penelitian terhadap praktek keperawatan
Implikasi penelitian ini terhadap praktek keperawatan dapat dijadikan acuan bagi perawat dan pengambil kebijakan untuk membuat dan mengambil kebijakan terkait penerapan model pendokumentasian asuhan keperawatan
2. Implikasi hasil penelitian terhadap pendidikan keperawatan
Penelitian ini memberikan implikasi kepada institusi pendidikan keperawatan tentang penerapan model pendokumentasian asuhan keperawatan. Fakta-fakta yang didapat berdasarkan tema-tema hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan

untuk didiskusikan dan dikembangkan melalui kurikulum pendidikan keperawatan

3. Implikasi hasil penelitian terhadap penelitian keperawatan

Hasil penelitian ini memiliki implikasi untuk penelitian lebih lanjut dengan melibatkan semua profesi sehingga dapat meningkatkan pengetahuan tentang pendokumentasian asuhan terintegrasi.



BAB V

PENUTUP

Berdasarkan hasil penelitian yang ditemukan oleh peneliti dan sesuai dengan uraian pembahasan pada bab sebelumnya, peneliti memberikan kesimpulan dari penelitian ini dan memberikan saran kepada berbagai pihak khususnya tenaga kesehatan sehingga diharapkan dapat melaksanakan penerapan model pendokumentasian asuhan terintegrasi secara maksimal.

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan didapatkan bahwa pengetahuan perawat terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan sesuai dengan teori yang ada, serta model yang telah diterapkan yaitu model terintegrasi atau disebut model SOR (Source-Oriented-Record) yang berarti bahwa setiap tim kesehatan di ruangan Rinra Sayang II baik itu perawat, dokter, gizi, farmasi, mengisi lembar dokumentasi tersendiri. Penerapan model pendokumentasian asuhan terintegrasi menurut beberapa perawat sebenarnya sudah sesuai namun mereka dituntut untuk bekerja secara optimal dalam pengisian pendokumentasi namun jumlah tenaga perawat pershift itu bagi mereka masih kurang yang akibatnya mereka lebih fokus mengisi dokumentasi daripada fokus pada pasien. Manfaat dalam model pendokumentasian yang telah terintegrasi yaitu mengurangi mis komunikasi antar sesama tim medis lainnya.

B. Saran

Melalui hasil penelitian yang diperoleh dalam penelitian ini, maka peneliti memandang perlu beberapa saran sebagai berikut:

1. Praktek Tenaga Kesehatan

Dari hasil penelitian yang diperoleh, secara umum penerapan model pendokumentasian asuhan keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar yang dilakukan oleh tenaga kesehatan sepenuhnya belum terlaksana dengan baik karena masih terdapat hambatan dalam pelaksanaan model pendokumentasian asuhan keperawatan yang ada. Oleh karena itu, tenaga kesehatan agar lebih meningkatkan kualitas kerja untuk pendokumentasian asuhan keperawatan

2. Pendidikan Tenaga Kesehatan

Hasil penelitian ini dapat menjadi informasi tambahan dan masukan bagi pendidikan keperawatan khususnya bagi perawat yang bekerja pdi rumah sakit, perlu diadakan pelatihan pendokumentasian asuhan keperawatan untuk meningkatkan dan memperbaharui pengetahuan kesehatan mengenai model pendokumentasian asuhan keperawatan SOR atau terintegrasi serta meningkatkan kesadaran tenaga kesehatan pentingnya pendokumentasian asuhan keperawatan.

3. Kepada Peneliti Selanjtnya

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar untuk penelitian selanjutnya dalam mengembangkan penelitian kualitatif yang lebih

mendalam terhadap tema-tema yang berkaitan dengan penerapan model pendokumentasian asuhan terintegrasi.



DAFTAR PUSTAKA

- Al-Qur'an dan Terjemahnya. Kementerian Agama RI.
- American Nurses Association. *Introduce Principle for Documentation Brochure for Nurses*, Nevada Information. 2010 Findarticles.com.http://findarticles.com/p/articles/mi_qa4102/is_20030/ai_n9255514/ diakses 19 Des, 2016.
- Carroll & Johnson. *International Journal of Nursing Terminology and Classification*. Editorial: Without Border. 2004.
- College of Nurses of Ontario. Practice Standard, Documentation, revised 2008, Pub No.41001, Toronto, Canada. 2009 <http://www.cno.org/practice+standar+documentation+revised+2008&hl=id&biw=1366&bih=578&ie=UTF-7&source=lnms> diakses 19 Des 2016.
- Deddy Ahmad Sumaedi. Persepsi Perawat Dalam Pelaksanaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di RSUD GJ kota Cirebon. 2010.
- Depkes RI. *Instrumen Evaluasi penerapan Standar Asuhan Keperawatan*. Jakarta : Depkes. 2005.
- Depkes, Permenkes RI, No. 269/MenKes/Per/III/2008, Tentang Rekam Medis. (Jakarta : Depkes RI. 2008.
- Eka Desi Purwanti. Kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan dan karakteristiknya pada pasien rawat inap dewasa non kebidanan di RS Haji Jakarta. 2012.
- Emzir. *Metodologi Penelitian Kualitatif: Analisis Data*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada. 2010
- Frelita, G., Situmorang, T.J., & Silitonga, D.S. *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals*, 4 th ed. Oakbrook Terrace, Illinois 60181 U.S.A. 2011.
- Gregory, et al. *Documentation in Practice*. Journal of Nursing Management. Edition 4. Volume 17. 2008.
- Gugerty, B. Maranda, et al. Challenges and Opportunities in Documentation of the Nursing Care Patient, A Report of the Maryland Nursing Workforce Commission. Baltimore Documentation Work Group 2007. http://www.mbon.org/commission2/documentation_challenges.pdf diakses 19 Des 2016
- Hannessy, Hicks, Hilan & Kawonol. *The Training and Development needs of nurses in Indonesia*: paper 3 of 3. 2006. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

- Hapsah. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi capaian pendokumentasian Asuhan Keperawatan di RS Umum Sawerigading Kota Palopo. 2013.
- Hidayat, A.Aziz Alimul. *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika. 2004.
- Hutahaean Serri. *Konsep dan Dokumentasi Proses Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media. 2010.
- Iyer, Patricia W. *Nursing Documentation: A Nursing Process Approach*, 3/e. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC. 1999.
- Klehr, J, dkk. *Menggambarkan dokumentasi pada catatan sistem elektronik rekam medis yang memberikan catatan elektronik kesehatan*. 2009
- Merelli T.M. *Nursing Documentation Handbook*. St. Louis: Mosby. 2000
- Nursalam. *Praktek Manajemen Keperawatan Aplikasi Profesional*. Jakarta: Salemba Medika. 2008.
- Pohan.I.S. *Manajemen Mutu Layanan Kesehatan Dasar-Dasar Pengertian dan Penerapan*. Jakarta: EGC. 2007.
- Potter & Perry. *Potter & Perry's Fundamentals of Nursing*, 2nd Edition, Australia: Mosby-Elsevier. 2009.
- Potter & Perry. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik*. Edisi 4. Volume 2. Alih Bahas: Renata Komalasari, dkk. Jakarta: EGC. 2005.
- Purwanto, E. *Nursing Information System*. Artikel: Sistem Informasi Keperawatan. 2008. <http://picasaweb.google.co.id/nursinginformatic> diperoleh 19 Des 2016.
- Streubert and Carpenter. *Qualitative Research In Nursing Advancing The Humanistic Imperative* (3rd ed) . Lippincot Williams and Wilkins. 2003.
- Sugiyono. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif*. Bandung: ALFABETA. 2012.
- Suharsimi Arikunto. *Proses Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: PT Rineka Cipta. 2006
- Susihar. *Persepsi Perawat Terhadap Pelaksanaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Medika Gria*. 2004.
- Wahyuana, Priyo. *Analisi Variabel Yang Berhubungan Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di RS Krakatau Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia*. 2011.
- Yurisa, Wella. *Etika Penelitian Kesehatan Riau* : University of Riau. 2008.

Lampiran I

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

(Informed consent)

Kepada Yth

Calon Responden

Di-

Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan UIN Alauddin Makassar.

Nama : Fatimah

Nim : 70300113006

Alamat : Jl. Pagentungan utara

Akan mengadakan penelitian dengan judul “Model Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit Umum Haji Makassar”.

Untuk keperluan tersebut saya memohon kesediaan dari Bapak/ibu, saudara/i untuk menjadi responden dalam penelitian ini dan menandatangani lembar

persetujuan menjadi responden, selanjutnya saya mengharapkan Bapak/ibu, saudara/i untuk mengikuti prosedur yang kami berikan dengan kejujuran dan jawaban anda dijamin kerahasiaannya dan penelitian ini akan bermanfaat semaksimal mungkin. Jika Bapak/ibu, saudara/i tidak bersedia menjadi responden, tidak ada sanksi bagi Bapak/ibu, saudara/i.

Atas perhatian dan kerjasama saudara kami ucapkan terima kasih.

Peneliti

(**Fatimah**)



Lampiran II

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan UIN Alauddin Makassar.

Inisial

Saya memahami penelitian ini di:

Jenis kelamin :

Umur :

Pekerjaan :

Pendidikan terakhir : UNIVERSITAS ISLAM NEGERI

Agama :

Judul penelitian : “Model pendokumentasian asuhan keperawatan di RSUD Haji Makassar ” maksudkan untuk kepentingan ilmiah dalam rangka menyusun skripsi bagi peneliti dan tidak akan mempunyai dampak negatif serta merugikan bagi saya, sehingga jawaban dan hasil observasi, benar-benar dapat dirahasiakan. Dengan demikian secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun, saya siap berpartisipasi dalam penelitian ini.

Demikian lembar persetujuan ini saya tanda tangani dan kiranya dipergunakan sebagai mestinya.

Makassar, 2017

Responden

.....



Lampiran III

LEMBAR INSTRUMEN WAWANCARA

Model Pendokumentasi Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit Umum Haji Makassar

1. Apa yang anda ketahui tentang pendokumentasian asuhan keperawatan ?
2. Apa saja kendala perawat dalam melaksanakan model pendokumentasian asuhan keperawatan?
3. Apakah menurut perawat model pendokumentasian yang diterapkan sudah sesuai?
4. Apa manfaat dari model pendokumentasian asuhan keperawatan?



LAMPIRAN IV
Matriks Model Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

No	Model pendokumentasian asuhan keperawatan	Format model				Indikator	Ket.
1	SOR (<i>Source Oriented Record</i>)	<div>Tanggal</div> <div>Tanggal/ Bulan/ Tahun</div>	<div>Waktu</div> <div>Waktu Intervensi</div>	<div>Sumber</div> <div>P/D/F/G</div>	<div>Catatan Perkembangan</div> <div>Meliputi:</div> <div>Pengkajian Keperawatan</div> <div>Diagnosa Keperawatan</div> <div>Rencana Keperawatan</div> <div>Tindakan Keperawatan</div> <div>Evaluasi Keperawatan</div> <div>Tanda Tangan</div>	a. Lembar penerimaan berisi biodata. b. Lembar instruksi Dokter. c. Lembar riwayat medis/penyakit d. Catatan perawat. e. Catatan dan laporan khusus	
2	POR (<i>Problem Oriented Record</i>)	<div>Data dasar</div> <div>DS</div> <div>DO</div>	<div>Daftar masalah</div> <div>1.</div> <div>1.</div> <div>Dst.</div>	<div>Rencana intervensi</div> <div>1.</div> <div>2.</div> <div>3.</div>	<div>Data perkembangan</div> <div>S</div> <div>O</div> <div>A</div> <div>P</div>	a. Data yang telah teridentifikasi dari data dasar disusun sesuai dengan tanggal identifikasi masalah. b. Daftar masalah ditulis pertama kali oleh perawat yang pertama kali bertemu dengan klien ataupun orang yang diberi tanggungjawab untuk menuliskannya.	

			<p>c. Daftar ini berada pada bagian depan status klien.</p> <p>d. Tiap masalah diberikan tanggal, nomor, rumusan masalah, serta nama perawat yang menemukan masalah tersebut.</p>	
3	CBE (<i>Charting By Exception</i>)	sistem dokumentasi yang hanya mencatat secara naratif dari hasil atau penemuan yang menyimpan dari keadaan normal atau standar.	<p>Flowsheet yang berupa kesimpulan penemuan yang penting dan menjabarkan indikator pengkajian dan penemuan termasuk instruksi dokter/perawat, grafik catatan pendidikan dan pencatatan pemulangan klien.</p>	

4	PIE (problem Intervention Evaluation)	<table><tr><th>Tanggal</th><th>Jam</th><th>Pendokumentasian (Remarks)</th></tr><tr><td>.....</td><td>.....</td><td>P#1.....</td></tr><tr><td>.....</td><td>.....</td><td>I#1.....</td></tr><tr><td>.....</td><td>.....</td><td>2..... </td></tr><tr><td>.....</td><td>.....</td><td>E# S.....</td></tr><tr><td></td><td></td><td>O.....</td></tr><tr><td></td><td></td><td><u>A.....</u></td></tr><tr><td></td><td></td><td>P.....</td></tr></table>	Tanggal	Jam	Pendokumentasian (Remarks)	P#1.....	I#1.....	2.....	E# S.....			O.....			<u>A.....</u>			P.....	<p>a. Dimulai dari pengkajian ketika pertama kali klien masuk ke Rumah sakit, diikuti dengan pelaksanaan pengkajian sistem tubuh pada setiap pergantian dinas.</p> <p>b. Data masalah digunakan untuk asuhan keperawatan dalam waktu yang lama dan juga untuk masalah yang kronis.</p> <p>c. Intervensi yang dilaksanakan dan rutin, didokumentasi dalam <i>flow sheet</i>.</p> <p>d. Catatan perkembangan digunakan untuk intervensi yang spesifik.</p> <p>e. Masalah yang ditemukan pada klien, dibuat dengan simbol</p>
Tanggal	Jam	Pendokumentasian (Remarks)																									
.....	P#1.....																									
.....	I#1.....																									
.....	2.....																									
.....	E# S.....																									
		O.....																									
		<u>A.....</u>																									
		P.....																									

					<p>“P (<i>problem</i>)”.</p> <p>f. Intervensi terhadap penyelesaian masalah, biasanya dibuat dengan simbol “ I (<i>intervention</i>)”.</p> <p>g. Keadaan klien sebagai pengaruh dari intervensi, dibuat dengan simbol “E (<i>evaluation</i>)”.</p> <p>h. Setiap masalah yang diidentifikasi harus dievaluasi minimal 8 jam.</p>										
5	POS (Process oriented system)	<table><tr><td><u>Tanggal/Waktu/Tanda Tangan</u></td><td><u>Masalah</u></td><td><u>Catatan Keperawatan (DAR)</u></td></tr><tr><td><u>Tanggal :</u></td><td>.....</td><td><u>Datum :</u> <u>Action :</u> <u>Response :</u></td></tr><tr><td><u>Tanda Tangan</u></td><td></td><td></td></tr></table>	<u>Tanggal/Waktu/Tanda Tangan</u>	<u>Masalah</u>	<u>Catatan Keperawatan (DAR)</u>	<u>Tanggal :</u>	<u>Datum :</u> <u>Action :</u> <u>Response :</u>	<u>Tanda Tangan</u>			<p>a. <i>Datum</i> (D), yaitu : data subjektif dan data objektif.</p> <p>b. <i>Action</i> (A), yaitu: tindakan keperawatan yang segera atau yang akan dilakukan.</p> <p>c. <i>Response</i> (R), yaitu respon klien terhadap tindakan medis dan tindakan keperawatan</p>			
<u>Tanggal/Waktu/Tanda Tangan</u>	<u>Masalah</u>	<u>Catatan Keperawatan (DAR)</u>													
<u>Tanggal :</u>	<u>Datum :</u> <u>Action :</u> <u>Response :</u>													
<u>Tanda Tangan</u>															

			yang telah diberikan kepada klien.	
6	CND(<i>Coded Nursing Documentation</i>)	Meliputi 21 care components, 182 nursing diagnoses, 3 expected outcomes (improve, stabilize, deteriorate), 198 nursing interventions, 4 action types (asses, perform, teach, manage), 3 actual outcomes(improve, stabilize, deteriorate)	menggunakan Sistem komputer dimana hanya terlihat kode saja, dengan cara memasukkan data pasien ke komputer dan data dokumentasi hanya berupa kode secara lengkap menguraikan mulai dari pengkajian sampai evaluasi	

LAMPIRAN V

Verbatim

Pengetahuan , Penerapan, , Kesulitan, sesuai atau tidak dan Manfaat dalam Model
Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

No	Tanggal Wawancara	Suasana	Pertanyaan	Jawaban	Hasil
1	18 juni 2017	Tenang	Apa yang anda ketahui tentang pendokumentasian asuhan keperawatan ?	<p>P1: <i>“pendokumentasian asuhan keperawatan adalah segala sesuatu yang dilakukan mulai dari tahap pengkajian sampai evaluasi ke pasien dan harus didokumentasikan atau ditulis direkam medic pasien”</i></p> <p>P2: <i>“dokumentasi asuhan keperawatan merupakan bagian dari proses asuhan keperawatan yang dimulai dari proses pengkajian sampai evaluasi yang dicatat baik dilakukan secara sistematis dengan cara</i></p>	Semua informan mengatakan bahwa pengetahuannya terhadap dokumentasi asuhan keperawatan adalah segala sesuatu yang dilakukan perawat mulai dari pengkajian, intervensi, implementasi sampai evaluasi dicatat di rekam medic pasien. Pendokumentasian juga merupakan sebagai bukti fisik bagi semua profesi kesehatan yang dapat dijadikan barang bukti nantinya.

				<p><i>mencatat tahap-tahap proses keperawatan yang diberikan kepada pasien”</i></p> <p>P3 : <i>“pendokumenta sian asuhan keperawatan adalah segala sesuatu yang kita lakukan terhadap pasien dan harus ada bukti fisik dipencatatan berkas rekam medic pasien.”</i></p> <p>P4 :<i>“barang bukti bagi perawat apabila terjadi kesalahan yang akan berdampak pada pasien”</i></p> <p>P5:<i>“pendokum entasian asuhan keperawatan adalah Tindakan perawat yang diberikan kepada pasien dan harus dicatat sebagai tanggung jawab perawat”</i></p>	
--	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

				<p>KR: “Pendokumentasian adalah segala kepasien harus didokumentasikan atau ditulis diberkas rekam medik pasien yang dilakukan oleh semua profesi kesehatan karena dokumentasi asuhan merupakan bagian dari proses asuhan terintegrasi dan harus dicatat sebagai tanggung jawab masing-masing profesi kesehatan”.</p>	
			UNIVERSITAS ISLAM NEGERI		
2	18 Juni 2017	Tenang	<p>Apa saja kendala perawat dalam melaksanakan model pendokumentasian asuhan keperawatan?</p>	<p>P1 : “<i>sebenarnya kalau dari penulisan tidak ada kendala yang jadi kendala yaitu kalau misalnya terlalu banyak pasien yang masuk, jadi manajemen waktunya orang susah untuk pengisiannya.</i>”</p>	<p>informan mengatakan bahwa kesulitan dalam mengisi formulir asuhan itu adalah semakin banyak lembar pendokumentasian diberkas rekam medik sehingga manajemen waktu semua profesi bertambah selain itu juga beban kerja bertambah dan mereka lebih fokus untuk mengisi rekam</p>

				<p>P2 : “kendalanya itu karena pekerjaan kami itu multitasking, urus pasien urus kertas lagi, urus manajemen, ya Itu kendala kami”</p> <p>P3: “kalau saya hambatannya lebih banyak fokusta ke berkas rekam medic disbanding focus ke pasien”</p> <p>P4: “kalau hambatan yahh pasti ada dan kita kewalahan karena sekarang semakin banyak pendokumenta sian, tapi itu sudah tugasnya kita, mau tidak mau yahh... harus dilakukan”</p> <p>P5: “hambatan nya itu dalam menulis contohnya saya mulai dinas siang masih</p>	<p>medic daripada pasien.</p>
--	--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------

				<p><i>menulis di berkas rekam medik”</i></p> <p>KR: <i>“hambatannya mungkin seperti ini, dalam 1 ruangan itu hanya 2 orang yang shift baru banyak pasien yang masuk, tenaga kesehatan kewalahan karena harus urus pasien dan urus dokumentasi yang semakin banyak diberkas rekam medik dan beban kerja tenaga kesehatan juga bertambah”</i></p>	
3.	20 Juni 2017	Tenang	<p>Apakah menurut perawat model pendokumentasi an yang diterapkan sudah sesuai ?</p>	<p>P1: <i>“sebenarnya kalau kita mau bicara sesuai atau tidak sesuai kita tidak bisa menentukan dari perawatnya karena itu tugas manajemen, tidak mungkin juga kita mengambil</i></p>	<p>Informan mengatakn bahwa penerapan model pendokumentasian asuhan keperawatan berbeda-beda. Informan 1 mengatakan kalau sesuai tidaknya itu adalah hak rumah sakit atau manajemen rumah sakit yang menentukan karena mereka sebagai perawat hanya menjalankan apa yang telah</p>

				<p>format tanpa ada beberapa referensi yang di pake, jadi yang digunakan adalah referensi yang bisa terpenuhi bagi perawat dan tidak terlalu menjadi beban, tidak menyita waktu perawat untuk mengisi BRM atau missal menulis ASKEP”</p> <p>P2: “kalau modelnya sudah sesuai namun dengan ini kita terlalu banyak pekerjaan dan belum diaplikasikan secara maksimal. Kami dituntut harus mengisi semua lembar pendokumentasian sedangkan kami juga harus mengurus pasien baru, ada telepon dari ruangan lain jadi kepala kami ini terbelah-belah”</p>	<p>ditentukan, namun informan 2.3 dan 5 mengatak sudah sesuai dimana untuk lembar pendokumentasian telah diisi oleh bagian tim kesehatan masing-masing jadi pmereka sebagai perawat hanyangisi lembar rekam medic. Namun didapatkan bahwa informan 4 mengatakn bahwa model pendokumentasian terintegrasi atau SOR itu belum sesuai karena terlalu bnyak lembar yang haris iisi dan waktu merekat terbangun hanya disitu.</p>
--	--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				<p>P4 : “<i>kalau saya sudah susai karena kan dengan model yang sudah terintegrasi berarti sudah terbagi pekerjaan masing-masing tenaga kesehatan yang ada, perawat mengisi bagiannya sendiri dan dokter, gizi juga begitu. Dan kita juga sudah dibagi perawatnya itu per team</i>”</p> <p>P4: “<i>belum sesuai, bagi saya belum sesuai. Bagi saya kalau bisa berkasnya dikurangi, kalau saya dulu lebih banyak dipasien sekarang lebih banyak distatus</i>”</p> <p>P5 : “<i>sesuai kalau karena kita sudah di permudah untuk mengisi lembar dokumentasi</i>”</p>	
--	--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

				<p>KR : “menurut saya sudah sesuai kerana dengan model yang telah terintegrasi berarti kita sebagai perawat fokus melaksanakan atau menulis bagian dokumentasi perawat itu sendiri, jadi dengan adanya model terintegrasi juga mengurangi mis komunikasi dengan tim medis kesehatan lainnya”</p>	
--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

5.	20 Juni 2017	Tenang	<p>Apa manfaat dari model pendokumentasian asuhan keperawatan?</p>	<p>P1 :<i>“bagus, supaya kita tahu perkembangan pasien, misalnya sebelum dilaksanakan tindakan keperawatan dan setelah dilakukan tindakan keperawatan, itu pasti ada perbedaan”</i></p> <p>P2: <i>“manfaatnya mengurangi mis komunikasi antar profesi”</i></p> <p>P3 :<i>sebagai sarana komunikasi antar perawat, dokter, apoteker, dan petugas gizi”</i></p> <p>P4: <i>“manfaatnya ... sebagai bukti tanggung jawab dan tanggung gugatnya perawat, itu sebagai bukti hukum yang tertulis”</i></p>	<p>Informan mengatakan bahwa manfaat yang dirasakan dengan adanya penerapan model pendokumentasian asuhan keperawatan terintegrasi atau model SOR (Source-Oriented-Record) koordinasi antar profesi yang baik sehingga menghasilkan proses asuhan dan pelayanan medis yang efektif, efisien dan berkesinambungan selain itu juga sebagai sarana komunikasi antar tenaga kesehatan perawat, dokter, apoteker dan gizi.</p>
----	--------------	--------	--------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				<p>P5 :“kalau menurut saya manfaat dari pendokumentasian terintegrasi ini merencanakan tindakan selanjutnya lebih mudah karna intruksi dari dokter dan profesi lainnya masin-masing sudah tertulis pada lembaran asuhan keperawatan ”</p> <p>KR : “Manfaat dengan adanya model pendokumentasian SOR atau terintegrasi yaitu sebagai bukti tanggung jawab dan tanggung gugatnya semua profesi, khusus bagi kita sebagai perawat sehingga profesi aman dari kasus hukum dan mengurangi mis komunikasi dengan tim medis lainnya”</p>	
--	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

LAMPIRAN VI





1965

INTEGRASI PROVIDER KELOLAAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
BADI MAKASSAR
Jl. Dg. Ngagge No. 13 Telp. 043091 433554

Nomor RM: 3.3.14.6 (b) OPD-3
Nama: Alwi Hmsd
Tanggal Lahir: 31-12-1987
Jenis Kelamin: Laki-Laki
(Label Pasien / Affix Patient Identification Label)

CATATAN TERINTEGRASI PASIEN RAWAT JALAN

Poli	Tgl	Pukul	Dokter	Profesi Lain	Catatan Perkembangan Terintegrasi	Nama, Tanda Tangan dan Cap

Setiap Seleksi Mencatat Masing-Masing Pengas memberi Garis Lurus Pada Akhir Penulisan Sebagai Tanda Dan Penggunaan Tinta Warna Hitam : Dokter, Bidan, Perawat, Hijau : Tenaga Kesehatan Lainnya

DIAGNOSA KEPERAWATAN

- Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b.d. obstruksi trachea bronchial, adanya benda asing pada jalan nafas, sekret terakumulasi dalam nafas.
- Risiko aspirasi b.d trauma wajah, mulut atau penurunan tingkat kesadaran.
- Ketidakefektifan pola nafas b.d nyeri, cedera pada spinal, kelelahan otot pernafasan, kerusakan otot rangka.
- Gangguan pertukaran gas b.d perubahan kapasitas darah membawa oksigen, ketidakseimbangan membran pertukaran kapiler dan alveolus.
- Penurunan curah jantung b.d perubahan tekanan darah dalam melawan kontraksi otot jantung, menurunnya keluaran jantung, penurunan isi sekuncup yang disebabkan oleh masalah elektrofisiologis.
- Ketidakefektifan perfusi jaringan (serebral, kardio pulmonari, renal, gastro intestinal, perifer) b.d penurunan pertukaran sel, hipovolemia, penurunan aliran darah arteri.
- Kekurangan volume cairan b.d kehilangan volume cairan aktif, kerusakan mekanisme regulasi.
- Kelebihan volume cairan b.d mekanisme regulasi yang terganggu.
- Risiko kekurangan volume cairan b.d kehilangan cairan yang berlebihan melalui rute fisiologis, retensi berlebihan.
- Diare b.d menyalagunakan laksatif, proses infeksi, malabsorpsi.
- Retensi urine b.d obstruksi traktus urinarius, gangguan neurovaskuler, trauma, hipertrofi bladder prostat.
- Nyeri akut, kronis b.d spasme otot dan jaringan, trauma jaringan, ketidakmampuan fisik kronis.
- Hipertermia b.d dehidrasi, peningkatan kecepatan metabolisme, trauma, proses perjalanan penyakit.
- Kerusakan mobilitas fisik b.d kerusakan muskuloskeletal dan integritas struktur tulang, penurunan kekuatan dan ketahanan tulang.
- Risiko infeksi b.d prosedur invasif, kerusakan kulit dan jaringan, trauma, immunosupresi.
- Konstipasi b.d diet, asupan cairan, tingkat aktivitas, kebiasaan defekasi.

RENCANA KEPERAWATAN / TINDAKAN KEPERAWATAN

- Lakukan manuver Jaw Thrust.
- Lakukan Head tilt dan Chin lift.
- Keluarkan benda asing, lakukan cricoidotomy.
- Pasang OPA, NPA, ETT, stabi (Mask Collar).
- Berikan bantuan nafas buatan mekanik, ventilasi dengan ventilasi mekanik, O2 sesuai kebutuhan.
- Kanula Sengkep (simple mask, H).
- Monitor SA, O2.
- Monitor TTV secara periodik.
- Monitor tingkat kesadaran secara berkala.
- Sampel darah, cek AGD.
- Monitor perdarahan.
- KIE banyak minum.
- Berikan posisi semi fowler untuk keluar.
- Pasang dower kateter untuk kebutuhan.
- Berikan cairan intra vena, cairan atau produk darah, ekspander plasma.
- Kaji turgor kulit dan membran mukosa.
- Awasi letesan cairan, berikan cairan jika diperlukan.
- Pasang NGT.
- Atasi nyeri, teknik distraksi, relaksasi.
- Delegasi pemberian analgetik.
- Lakukan perawatan luka dengan aseptik.
- Berikan kompres hangat.
- Delegasi pemberian anti pretik.
- Monitor intake dan output cairan.
- Pasang pengaman, spalk.
- Lakukan imobilisasi.
- Kaji tanda-tanda kompartemen distal dan fraktur.
- Mengkaji kekuatan Nadi perifer.
- Mengobservasi tanda-tanda kompartemen syndrom (nyeri, ceder, pucat, penurunan mobilitas tekanan nadi, nyeri bertambah saat perubahan sensor/batut dan keseruan).

Perawat Pengkaji: *[Signature]*

ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

INFORMASI PEMINDAHAN RUANGAN / PEMULIHAN PASIEN

INFORMASI	✓	KETERANGAN
MRS	✓	Diruang: 102 / Plan II.
Dipulangkan		<input type="checkbox"/> KIE <input type="checkbox"/> Obat Pulang <input type="checkbox"/> Foto RX <input type="checkbox"/> Laboratorium
Pulang Paksa		<input type="checkbox"/> KIE <input type="checkbox"/> TTD Pernyataan Pulang Paksa
Meninggal		<input type="checkbox"/> Dinyatakan meninggal Pki. Wita
Minggat		<input type="checkbox"/> Dinyatakan Minggat Pki. Wita, <input type="checkbox"/> Lapx

MR - 7

PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
HAJI MAKASSAR
Jl. Da. Ngqwe No. 14 Telp. 41000-43304

FORMULIR EDUKASI PASIEN DAN KELUARGA TERINTEGRASI

No. RM : 23 4610
Nama : ABO-KAHID
Jenis Kelamin : D/P
Tanggal Lahir : 21.12.1987
Ruangan : R.2

INSTRUKSI : Beri tanda check (✓) pada kotak yang sesuai (dapat lebih dari satu sesuai dengan kebutuhan pasien dan keluarga)

PERSIAPAN EDUKASI / BELAJAR

Kepribadian dan nilai-nilai budaya yang dianut : ISLAM

Baca dan tulis : ☒ Baik ☐ Kurang

Pendidikan : ☐ SD ☐ SLTP ☐ SLTA ☐ S-1 ☐ Lain-lain : _____

Bahasa : ☒ Indonesia ☐ Inggris ☐ Daerah : _____ ☐ Lain-lain : _____

Kebutuhan pemahaman : ☐ Ya ☒ Tidak

Pilihan tipe pembelajaran : ☐ Verbal ☐ Tulisan

Hambatan edukasi : ☐ Tidak ada ☐ Penglihatan terganggu ☐ Bahasa ☐ Kognitif terbatas ☐ Motivasi Kurang

☐ Emosional ☐ Pendengaran terganggu ☐ Gangguan bicara ☐ Fisik Lemah ☐ Lain-lain

Kebutuhan Edukasi

☐ Diagnosis, tanda gejala, etiologi/kausa

☐ Prosedur diagnosis tertentu

☐ Manfaat, efek samping, interaksi obat dan makanan

☐ Program diet dan nutrisi

☐ Manajemen nyeri, cuci tangan, penggunaan APD

☐ Penggunaan alat kesehatan

☐ Prosedur perawatan (spesifik)

☐ Teknik Rehabilitasi

☐ Waktu kontrol dan penggunaan obat di rumah

KEBUTUHAN EDUKASI / TOPIK EDUKASI	TERLAKSANA		SASARAN (PASIEN/KELUARGA /LAIN-LAIN)	TINGKAT PEMAHAMAN AWAL	METODE EDUKASI	MATERIAL EDUKASI	EDUKATOR		EVALUASI	TANGGAL RE-EDUKASI
	YA	TIDAK					Nama	TTD		
1. Hal dan kewajiban pasien dan keluarga	✓		Safura	Sudah mengerti <input type="checkbox"/> Edukasi ulang <input type="checkbox"/> Hal baru	Individual <input type="checkbox"/> Kelompok <input type="checkbox"/> Ceramah dan tanya jawab <input type="checkbox"/> Audiovisual <input type="checkbox"/> Demonstrasi	Leaflet <input type="checkbox"/> Booklet <input type="checkbox"/> Lembar balik <input type="checkbox"/> Audiovisual	Safura		Sudah mengerti <input type="checkbox"/> Re-dukasi <input type="checkbox"/> Re-demonstrasi	
2. Pengertian penyakit (diagnosis)	✓		Jhs	Sudah mengerti <input type="checkbox"/> Edukasi ulang <input type="checkbox"/> Hal baru	Individual <input type="checkbox"/> Kelompok <input type="checkbox"/> Ceramah <input type="checkbox"/> Demonstrasi	Leaflet <input type="checkbox"/> Booklet <input type="checkbox"/> Lembar balik <input type="checkbox"/> Audiovisual	Jhs		Sudah mengerti <input type="checkbox"/> Re-dukasi <input type="checkbox"/> Re-demonstrasi	
3. Tanda dan gejala suatu penyakit	✓		Jhs	Sudah mengerti <input type="checkbox"/> Edukasi ulang <input type="checkbox"/> Hal baru	Individual <input type="checkbox"/> Kelompok <input type="checkbox"/> Ceramah <input type="checkbox"/> Demonstrasi	Leaflet <input type="checkbox"/> Booklet <input type="checkbox"/> Lembar balik <input type="checkbox"/> Audiovisual	Jhs		Sudah mengerti <input type="checkbox"/> Re-dukasi <input type="checkbox"/> Re-demonstrasi	
4. Penatalaksanaan penyakit	✓		Jhs	Sudah mengerti <input type="checkbox"/> Edukasi ulang <input type="checkbox"/> Hal baru	Individual <input type="checkbox"/> Kelompok <input type="checkbox"/> Ceramah <input type="checkbox"/> Demonstrasi	Leaflet <input type="checkbox"/> Booklet <input type="checkbox"/> Lembar balik <input type="checkbox"/> Audiovisual	Jhs		Sudah mengerti <input type="checkbox"/> Re-dukasi <input type="checkbox"/> Re-demonstrasi	



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
BIDANG PENYELENGGARAAN PELAYANAN PERIZINAN

Nomor : 8611/S.01P/P2T/06/2017
Lampiran :
Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth.
Direktur RSUD Haji Makassar

di-
Tempat

Berdasarkan surat Dekan Fak. Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar Nomor : B.1234/FKIK/PP.00.9/06/2017 tanggal 13 Juni 2017 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

Nama : **FATIMAH**
Nomor Pokok : 70300113006
Program Studi : Keperawatan
Pekerjaan/Lembaga : Mahasiswa(S1)
Alamat : Jl. Muh. Yasin Limpo No. 36 Samata, Sungguminasa-Gowa

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka penyusunan Skripsi, dengan judul :

" MODEL PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN DI RSUD HAJI MAKASSAR "

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. **13 Juni s/d 13 Juli 2017**

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami *menyetujui* kegiatan dimaksud dengan ketentuan yang tertera di belakang surat izin penelitian.

Demikian Surat Keterangan ini diberikan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Diterbitkan di Makassar
Pada tanggal : 13 Juni 2017

A.n. GUBERNUR SULAWESI SELATAN
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU
PINTU PROVINSI SULAWESI SELATAN
Selaku Administrator Pelayanan Perizinan Terpadu



A. M. YAMIN, SE., MS.
Pangkat : Pembina Utama Madya
Nip. : 19610513 199002 1 002

Tembusan Yth
1. Dekan Fak. Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar di Makassar;
2. *Pertinggal.*



PEMERINTAH PROPINSI SULAWESI SELATAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HAJI MAKASSAR

Alamat : Jl. Dg. Ngeppe No. 14 Makassar ,Telp. 855934 – 856091 Fax (0411)855934

SURAT KETERANGAN PENELITIAN

Nomor : **3082** / TU / RSUD / VI / 2017

Yang bertanda tangan dibawah ini :

N A M A : **H. AHDY SYAFAR, SKM, S.Kep, M.Kes**
NIP : 19630706 198603 1 028
PANGKAT/GOL. : Pembina, IV/a
JABATAN : Kabid Diklat, Litbang Dan Etika

Dengan ini menerangkan :

NAMA : **FATIMAH**
NIM : 70300113006
JURUSAN : **S1KEPERAWATAN**
MAHASISWA : **UIN ALAUDDIN MAKASSAR**

Adalah benar telah melakukan Penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan, dalam rangka penyusunan *Skripsi*, mulai tanggal 14 Juni s/d 13 Juli 2017 dengan Judul :

"MODEL PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN DI RSUD HAJI MAKASSAR PROVINSI SULAWESI SELATAN TAHUN 2017".

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 13 Juli 2017



Kabid Diklat, Litbang & Etika,

H.Ahdy Syafar, SKM, S.Kep, M.Kes.
NIP. 19630706 198603 1 028

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Fatimah, lahir di Serui pada tanggal 01 Februarii 1995. Merupakan anak ke dua dari pasangan Arifuddin dan Nurwana. Mulai mengikuti pendidikan formal pada jenjang pendidikan dasar di MI Darassalam Serui di Kabupaten Kepulauan Yapen pada tahun 2001 dan tamat pada tahun 2007, pada tahun yang sama pula melanjutkan pendidikan menengah pertama di SMP Negeri 1 serui di Kabupaten Kepulauan Yapen dan tamat pada tahun 2010, kemudian melanjutkan lagi ke pendidikan menengah atas di SMA Negeri 1 serui di Kabupaten Kepulauan Yapen pada tahun 2010 dan selesai pada tahun 2013. Terdaftar sebagai mahasiswa jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar tahun 2013 melalui jalur undangan atau jalur SNMPTN. Selama menjadi mahasiswa, penulis pernah menjadi pengurus HMJ Keperawatan UIN Alauddin Makassar periode 2014/2015.